

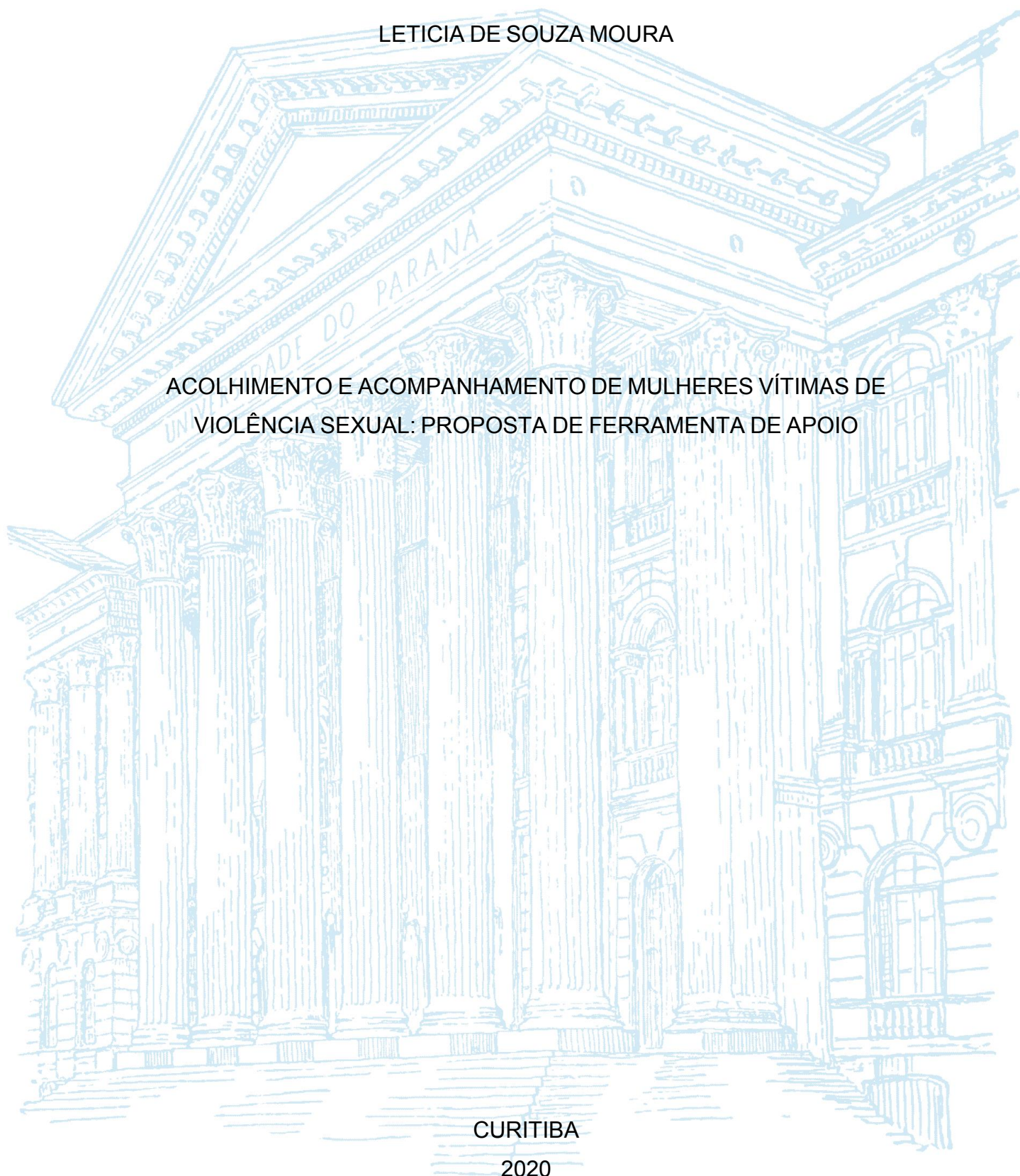
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LETICIA DE SOUZA MOURA

ACOLHIMENTO E ACOMPANHAMENTO DE MULHERES VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA SEXUAL: PROPOSTA DE FERRAMENTA DE APOIO

CURITIBA

2020



LETICIA DE SOUZA MOURA

ACOLHIMENTO E ACOMPANHAMENTO DE MULHERES VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA SEXUAL: PROPOSTA DE FERRAMENTA DE APOIO

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem Práticas dos Cuidados em Saúde. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Laura Christina Macedo

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Vanessa Bertoglio Comassetto Antunes de Oliveira

CURITIBA

2020

Moura, Leticia de Souza

Acolhimento e acompanhamento de mulheres vítimas de violência sexual
[recurso eletrônico]: proposta de ferramenta de apoio / Leticia de Souza Moura –
Curitiba, 2020.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2020.

Orientadora: Profa. Dra. Laura Christina Macedo

Coorientadora: Profa. Dra. Vanessa Bertoglio Comassetto Antunes de Oliveira

1. Violência sexual. 2. Violência contra a mulher. 3. Saúde da mulher. 4. Delitos
sexuais. 5. Cuidados de enfermagem. I. Macedo, Laura Christina. II. Oliveira,
Vanessa Bertoglio Comassetto Antunes de. III. Universidade Federal do Paraná. IV.
Título.

CDD 362.883



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO PRÁTICA DO CUIDADO
EM SAÚDE - 40001016073P0

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PRÁTICA DO CUIDADO EM SAÚDE da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de LETICIA DE SOUZA MOURA intitulada: *Acolhimento e Acompanhamento de Mulheres Vítimas de Violência Sexual: Proposta de Ferramenta de Apoio*, sob orientação da Profa. Dra. LAURA CHRISTINA MACEDO, que após terem Inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 14 de Outubro de 2020.

Assinatura Eletrônica

30/10/2020 11:27:07.0

LAURA CHRISTINA MACEDO

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

26/10/2020 13:57:36.0

TATIANE HERREIRA TRIGUEIRO

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

19/10/2020 16:37:19.0

ISLANDIA BEZERRA DA COSTA

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Dedico esta dissertação primeiramente a Deus e sua fonte de energia superior que me rege, protege do medo e guia meus objetivos. Dedico também a minha mãe, Maria do Amparo, ao meu pai, Svirino Francisco, à irmã, Simone, ao meu esposo, Hudson, que me apoiaram durante o processo de desenvolvimento deste trabalho e em especial a minha filha, Maria Antônia, por sua paciência nos momentos de ausência e a qual com imensa sabedoria e tranquilidade sabe demonstrar seu amor e preenche minha alma.

Também dedico a minha Orientadora, Dr^a Prof^a Laura Christina Macedo, e coorientadora, Dr^a Prof^a Vanessa Bertoglio Comassetto Antunes de Oliveira, que uniram esforços e me acompanharam na construção deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir cumprir com uma meta mais na minha vida e me acompanhar neste caminho.

Aos meus pais por todo seu apoio, amor e compreensão.

À Professora Dra. Laura Christina Macedo, minha orientadora, por seu tempo, dedicação e ensinamentos, a qual sem sua presença em minha vida nesse período, acredito que não chegaria até aqui. Agradeço por ter me acolhido como aluna, pela sua maravilhosa capacidade em ouvir meus sentimentos, aflições e dificuldades. Por me orientar e me trazer até aqui. Pelos momentos imensuráveis de aprendizado durante as reuniões, com suas aulas e filosofias que encantam quem está ouvindo, por isso, mais uma, vez obrigada.

À Professora Dra. Vanessa Bertoglio Comassetto Antunes de Oliveira, minha coorientadora, pelo acolhimento, confiança e apoio neste trabalho. Agradeço todas as palavras de entusiasmo, ensinamentos e por acreditar na proposta de trabalho e trazer considerações que enriqueceram a construção deste estudo.

À minha filha, Maria Antônia, uma criança doce e inteligente, compreensiva e carinhosa, quanto orgulho de ser sua mãe.

Ao meu esposo, Hudson, pelas palavras de apoio e compreensão nas minhas ausências durante esse período.

À Universidade Federal do Paraná, professores, administrativos e companheiros do curso, pelo acolhimento, ensino e apoio.

Às professoras Islândia Bezerra e Tatiane Herreira Trigueiro, pelas contribuições feitas na banca de qualificação, além dos ensinamentos.

À minha irmã, Simone, e sobrinhos pelo carinho e por estarem presentes na minha vida.

Desejo, igualmente, agradecer a todos os meus colegas do Mestrado Profissional em Prática do Cuidado em Saúde, em especial a Cláudia, Sanele, Ana Kércia, Augusto e aos membros do Grupo de Estudos Família, Saúde e Desenvolvimento (GEFASD), cujo apoio e amizade estiveram presentes em todos os estágios dessa caminhada.

*“Deixe a mulher compartilhar dos direitos
e ela emulará as virtudes dos homens”*

Mary Wollstonecraft

*“Que nada nos defina, que nada nos sujeite.
Que a liberdade seja a nossa própria substância...”*

Simone de Beauvoir

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo desenvolver uma Ferramenta de Apoio para Acolhimento e Acompanhamento (FAAA) do cuidado para mulheres vítimas de violência sexual atendidas no Pronto Atendimento de Ginecologia e Obstetrícia (PAGO) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR). Trata-se de uma pesquisa metodológica. A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2020, inicialmente foi realizado uma revisão integrativa. Posteriormente, deu-se a elaboração da ferramenta propriamente dita, subdividida em etapas de ajuste textual, revisão, diagramação, ilustração e impressão. Para elaboração da ferramenta foi construído um diário de campo. A equipe de pesquisadoras, ilustradoras e revisora de texto, foi composta por mulheres, ressaltando o “lugar de fala”. As reuniões foram no formato *onlines*, sendo estes espaços de diálogos para toda a equipe envolvida. Na revisão integrativa, a análise do conjunto de artigos revelou três categorias temáticas, sendo elas: a abordagem da temática na graduação em enfermagem, a atuação da enfermeira no enfrentamento à violência sexual contra a mulher e a abordagem acerca da educação permanente e da qualificação profissional da equipe de enfermagem. Em um contexto mais amplo, a assistência de Enfermagem tem papel crucial, sendo importante torná-la centro do processo de acolhimento e de escuta qualificada, a fim de garantir um ambiente harmonioso onde a mulher possa estabelecer confiança com a enfermeira. A arte do acolher é apontada como recurso para mudanças, para ressignificação dessa mulher frente à violência imposta. A Ferramenta de Apoio para o Acolhimento e Acompanhamento (FAAA) do cuidado a mulheres vítimas de violência sexual aqui elaborada tornou-se algo pessoal, como um “diário” onde a mulher possa escrever seus sentimentos e, concomitantemente, ser um instrumento de acompanhamento multiprofissional. O estudo concluiu que a FAAA foi construída com base nos Protocolos de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, nas diretrizes e políticas de enfrentamento da violência contra a mulher nos pontos norteadores propostos por estudo com enfermeiras (os) no enfrentamento da violência sexual contra a mulher com enfoque no psicossocial e não somente no biológico.

Palavras-chave: Violência Sexual 1. Violência Contra a Mulher 2. Saúde da Mulher 3. Ofensa Sexual 4. Assistência de Enfermagem 5.

ABSTRACT

The present work aimed to develop a Support Tool for Reception and Monitoring (FAAA) of care for women victims of sexual violence treated at the Emergency Department of Gynecology and Obstetrics (PAID) of the Hospital de Clínicas of the Federal University of Paraná (HC-UFPR)). It is a methodological research. Data collection was carried out in the first half of 2020, initially an integrative review was carried out. Subsequently, the tool itself was elaborated, subdivided into stages of textual adjustment, revision, diagramming, illustration and printing. For the elaboration of the tool, a field diary was built. The team of researchers, illustrators and proofreader was composed of women, emphasizing the “place of speech”. The meetings were in the online format, with these spaces for dialogue for the entire team involved. In the integrative review, the analysis of the set of articles revealed three thematic categories, namely: the approach to the theme in undergraduate nursing, the role of the nurse in confronting sexual violence against women and the approach to permanent education and professional qualification of the nursing team. In a broader context, nursing care has a crucial role, and it is important to make it the center of the welcoming and qualified listening process, in order to guarantee a harmonious environment where the woman can establish trust with the nurse. The art of welcoming is seen as a resource for change, for the re-signification of this woman in the face of imposed violence. The Support Tool for the Reception and Monitoring (FAAA) of care for women victims of sexual violence developed here has become something personal, like a “diary” where the woman can write her feelings and, at the same time, be an instrument of multiprofessional monitoring . The study concluded that the FAAA was built based on the Protocols for Assistance to Victims of Sexual Violence, on the guidelines and policies for combating violence against women in the guiding points proposed by a study with nurses in combating sexual violence against women with a focus on psychosocial and not only in the biological.

Keywords: Sexual Violence 1. Violence Against Women 2. Women's Health 3. Sexual Offense 4. Nursing Care 5.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL.....	52
FIGURA 2 - SELEÇÃO DOS ESTUDOS QUE COMPUSERAM A REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL, 2008 A 2020.....	63
FIGURA 3 - FLUXOGRAMA DAS ETAPAS DE CONSTRUÇÃO DA FERRAMENTA.....	65
FIGURA 4 - PALETA DE CORES SELECIONADA PARA CONSTRUÇÃO DA FERRAMENTA. CURITIBA, 2020.....	83
FIGURA 5 - ESBOÇO DOS PERSONAGENS QUE COMPÕEM A FERRAMENTA.....	85
FIGURA 6 - PERSONAGEM DA FERRAMENTA – ENFERMEIRA.....	87

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – EXAMES LABORATORIAIS.....	53.
QUADRO 2 - SÍNTESE DOS ARTIGOS SELEC. NA BASE DE DADOS (N=18).....	69
QUADRO 3 - ASPECTOS DA LINGUAGEM PARA ELABORAÇÃO DE MATERIAIS EDUCATIVOS E IMPRESSOS. CURITIBA, 2020.....	81
QUADRO 4 - ASPECTOS DA ILUSTRAÇÃO PARA ELABORAÇÃO DE MATERIAIS EDUCATIVOS IMPRESSOS. CURITIBA, 2020.....	84
QUADRO 5 - ASPECTOS DO LAYOUT E DESIGN PARA ELABORAÇÃO DE MATERIAIS EDUCATIVOS IMPRESSOS. CURITIBA, 2020.....	86
QUADRO 6 - CARACTERIZAÇÃO FÍSICA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL..	89

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO PRONTO ATENDIMENTO GINECOLÓGICO E OBSTÉTRICO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS (PAGO/HC).....	59
TABELA 2 - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO AMBULATÓRIO DE TOCOGINECOLOGIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS (PAGO/HC).....	60
TABELA 3 - DESCRIÇÃO DA ESTRATÉGIA PICO.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

PNAISM	- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Panamericana da Saúde
PEP	- Profilaxia Pós-Exposição
IML	- Instituto Médico Legal
CHC	- Complexo Hospitalar de Clínicas
EBSERH	- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
VS	- Violência Sexual
PAGO	- Pronto Atendimento Ginecológico e Obstétrico
VCM	- Violência Contra a Mulher
SINAN	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
VIVA	- Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
PR	- Paraná
CPB	- Código Penal Brasileiro
CNDM	- Conselho Nacional de Direitos da Mulher
LMP	- Lei Maria da Penha
Pronasci	- Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania
PT	- Partido dos Trabalhadores
SPM	- Secretaria de Políticas para as Mulheres
PAISM	- Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
AIMS	- Atenção Integral à Saúde da Mulher
Unicamp	- Universidade Estadual de Campinas
EUA	- Estados Unidos da América
APS	- Atenção Primária à Saúde
CRAS	- Centro de Referência e Serviço Social
RAS	- Rede de Atenção à Saúde
BDTD	- Biblioteca Brasileira de Teses e Dissertações
IST'S	- Infecções Sexualmente Transmissíveis
PAGO	- Pronto Atendimento Ginecológico e Obstétrico
SAM	- Serviço de Atendimento Ambulatorial
BLH	- Banco de Leite Humano

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	15
1.1 Objetivo.....	20
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2.1 GÊNERO.....	21
2.2 VIOLÊNCIA.....	25
2.3 Violência de gênero.....	27
2.3.1 Violência sexual, uma grave violência de gênero.....	30
2.4 Arcabouço Jurídico Legal.....	35
2.4.1 Caminhada na conquista de direitos.....	35
2.4.2 A abordagem da violência contra as mulheres no arcabouço jurídico legal brasileiro.....	37
2.5 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) - Uma importante ferramenta contra a violência de gênero.....	40
2.6 Atributos essenciais da prática clínico-assistencial.....	44
2.7 Fluxo de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.....	50
3 MÉTODOS.....	57
3.1 Tipo de pesquisa.....	57
3.2 Cenário da pesquisa.....	57
3.3 Aspectos éticos.....	60
3.4 Etapas do estudo.....	61
3.4.1 Arcabouço teórico.....	61
3.4.2 Elaboração da ferramenta.....	65
4 RESULTADOS - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO.....	69
4.1 Fase 1 do estudo: Revisão integrativa.....	69
4.1.1 A abordagem da temática violência sexual contra a mulher pelas instituições de saúde.....	72
4.1.2 O papel da enfermeira no atendimento às mulheres vitimadas pela violência sexual – a luz da sua prática profissional.....	74
4.1.3 A educação permanente e qualificação profissional da equipe de enfermagem frente ao atendimento às mulheres vítimas de violência sexual.....	75
4.2 Fase 2 do estudo: Diário de Campo.....	77

4.3 Fase 3 do estudo: Construção da Ferramenta.....	79
4.3.1 Elaboração Textual.....	79
4.3.2 Construção do Designer da Ferramenta.....	83
4.3.3 Definição do Estilo Gráfico.....	83
4.4 Confecção das ilustrações.....	84
4.4.1 Análise da arquitetura das informações.....	88
4.4.2 Infografia.....	88
4.4.3 Geração de Alternativas.....	88
4.5 Refinamento.....	89
4.6 Diagramação.....	90
4.7 Finalização.....	90
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
REFERÊNCIAS.....	93
APÊNDICE A – ROTEIRO INICIAL PARA ELABORAÇÃO DA FERRAMENTA.....	109
APÊNDICE B – DIÁRIO DE CAMPO.....	126

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Além da minha formação inicial como enfermeira, a temática violência contra mulher, mais precisamente a violência sexual, foi um campo da saúde pública que me acolheu. A violência sexual impacta na vida da mulher de forma dolorosa. Muitas vezes o grito enraizado por ajuda não consegue chegar aos ouvidos de quem pode ajudar a romper as amarras da violência. As marcas da agressão imposta ficam ocultas, podendo impactar na forma de ser e agir da mulher na sociedade, que passa a conduzir suas atitudes pelo medo.

A violência é um fenômeno complexo e multicausal, considerado um grave problema de saúde pública. É dividido pela Organização Mundial da Saúde em três grandes categorias: violência coletiva, violência autoinfligida e violência interpessoal (KRUG *et al.*, 2002). Não atinge a população de forma homogênea, variações quantitativas e qualitativas acontecem dependendo da idade, do sexo, da cor da pele, do local de moradia, do tipo de ocupação, das condições sociais e econômicas, entre outros fatores. As mulheres e meninas, por sua vez, sofrem com maior intensidade a violência que acontece no seio das famílias, dentro dos domicílios (SES/PR, 2012).

Nas décadas de 1970 e 1980, os movimentos da reforma sanitária e das mulheres influenciaram na elaboração, em 1984, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), uma política pública que representou a transição do conceito de saúde materno-infantil para o conceito de saúde integral da mulher (MESQUITA, 2011).

Sendo uma das atenções demandadas, a mulher em situação de violência vem sendo abordada na área da Saúde Pública tanto pelo movimento feminista como por associações profissionais, serviços de saúde e organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Essa tendência está embasada no aumento da conscientização de que a violência de gênero está associada a um maior risco para diversos agravos à saúde física e mental, além de trauma físico direto (SCHRAIBER e D'OLIVEIRA, 1999) e, também, a um uso mais frequente dos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

Dentre as violências cometidas contra as mulheres, a violência física e a sexual são as mais incidentes e prevalentes (OMS, 2013), sendo vistas como

aquela que pode causar consequências tão ou mais impactantes do que os demais tipos (SOUSA, *et al.*, 2015). Considerada uma das mais hediondas formas de violência, a violência sexual acontece a partir de relações de gênero pautadas no machismo, na subjugação do corpo da mulher enquanto objeto para o homem e, portanto, na perda de sua autonomia como sujeito (SCOTT, 1995).

O termo “violência de gênero” surgiu no final dos anos 1990, para visibilizar a violência perpetrada contra as mulheres em decorrência de conflitos e desvelar a hipótese de que as interações entre homens e mulheres se encontram sob ameaça de ruptura da dominação tradicional. Diante disso, a violência imposta contra a mulher surge como uma tentativa de reconquista do poder pelo gênero masculino — ou para prevenir a sua perda (HASSE, 2016).

Mulheres são as mais afetadas pela violência sexual. Um inquérito realizado nos Estados Unidos pelo Departamento de Justiça, entre os anos de 2010 e 2014, aponta que, a partir do ano de 1998, 17,7 milhões de mulheres que vivem naquele país foram vítimas de estupro, enquanto 2,78 milhões de homens foram violentados sexualmente no mesmo período. Jovens de 16 a 19 anos estão quatro vezes mais propensas a serem estupradas, já mulheres universitárias, entre 18 e 24 anos, possuem o triplo dessa propensão. Na mesma faixa etária, as não universitárias possuem quatro vezes mais probabilidade de serem estupradas (RAPE, 2019).

Dados do anuário brasileiro de segurança pública registraram 66.041 casos de violência sexual em 2018 — média de 180 estupros diários — e 81,8% aconteceram com mulheres. Dessas, 50,9% eram negras e 53,8% das vítimas tinham até 13 anos. A cada hora quatro meninas com idade de 13 anos são estupradas no país (os casos nessa faixa etária cresceram 4,1% no total de casos). O estado do Paraná tem o terceiro maior índice de casos de estupro e tentativa de estupro, atrás de São Paulo e Minas Gerais, sendo o mais violento entre os estados da região sul do Brasil (PANORAMA DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO BRASIL, 2016; BUENO; LIMA 2019).

A análise dos dados epidemiológicos realizada pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, entre 2010 e 2016, aponta que foram notificados 103.707 casos de violência doméstica, violência sexual e outras formas de violências no Estado. O maior número de vítimas foram mulheres em quase todas as faixas etárias, totalizando 67.776 casos (65,4%). As mulheres foram a maioria das vítimas das

violências: física, psicológica/moral e sexual; enquanto a negligência/abandono ocorre mais entre pessoas do sexo masculino (predominante na infância e na adolescência). Especificamente sobre a violência sexual, as notificações de mulheres representam 87,5%. A faixa etária de maior ocorrência de estupros é de 10 a 19 anos, seguida da faixa etária de 20 a 29 anos (HUÇULAK *et al.*, 2017).

Instituições que prestam assistência às vítimas devem ofertar o atendimento às necessidades de prevenção de danos, cuidados emergenciais, acompanhamento, reabilitação, tratamento dos eventuais agravos e impactos resultantes da violência sexual sobre a saúde física e psicológica; o acompanhamento deve se estender por um período posterior à realização do primeiro atendimento (BRASIL, 2015a; CDC, 2016; WORKOWSKI; BOLAN, 2015).

Os serviços especializados no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual devem seguir um modelo de atenção multidisciplinar e interdepartamental, baseado no protocolo de atendimento preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). O MS estabelece que, minimamente, devem acontecer quatro consultas para a mulher após a procura pelo serviço, resultando em, ao menos, 180 dias de seguimento ambulatorial com médicas/os, enfermeiras/os, psicólogas/os e assistentes sociais, além de realização de exames e tratamento medicamentoso (BRASIL, 2012).

Em Curitiba, o atendimento à violência sexual acontece com base no Programa Mulher de Verdade – Atenção à Mulher em Situação de Violência (SMS/PR, 2002), instituído em 2002 pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e norteador pelo protocolo do Ministério da Saúde. São parte integrante do protocolo o acolhimento; a notificação; a coleta de exames laboratoriais; a realização de medicação profilática Pós Exposição pelo HIV (PEP); a profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis não virais; profilaxia da Hepatite B; a profilaxia para uma gravidez indesejada fruto da violência sexual; o atendimento com o Médico Perito do Instituto Médico Legal (IML) e seguimento ambulatorial. O município também é referência na realização do abortamento legal em mulheres que engravidam em decorrência do crime de estupro e que desejam interromper a gestação. Tal direito está previsto no Código Penal Brasileiro em seu art. nº 128, inciso II e compõe a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde (BRASIL, 1940; BRASIL, 2010a).

Vítimas de violência sexual são mais vulneráveis a quadros como depressão, pânico, somatização, tentativa de suicídio e abuso de substâncias psicoativas (BASILE; SMITH, 2011). A perda do seguimento ambulatorial compromete a qualidade da assistência a essa população. Estima-se que 40,3% das vítimas no mundo aderem ao seguimento, podendo variar entre 12% e 74% (CHACKO *et al.*, 2012). Em um estudo realizado no Paraná, a taxa de adesão ao seguimento completo (180 dias) entre os anos 2009 e 2013 foi de 19,54%, evidenciando um baixo retorno dessas vítimas (TRIGUEIRO *et al.*, 2015). Em 2018, em um hospital de referência no estado do Paraná, identificou uma taxa de não adesão ao seguimento de 59,8%. Somente 9,6% completaram o seguimento entre o período de 2010 a 2015. A consulta após as 24 horas da violência sexual e a ausência de retorno foi predominante (KANGUSSU, 2018).

Aos profissionais, cabe o acolhimento, bem como o cuidado em não revitimizar as mulheres atendidas, por meio de condutas baseadas em suas percepções pessoais. O respeito por tais histórias e a prestação imediata da assistência, nesses casos, são fundamentais para minimizar as sequelas da violência (LIMA, *et al* 2019).

O(a) enfermeiro(a) desempenha um papel central no cuidado às mulheres em situação de violência sexual, podendo ser o primeiro contato dessa mulher na busca pela rede de proteção e cuidado (ARRAIS *et al.*, 2020). A enfermagem contribui através de suas práticas e pelo seu corpo de conhecimento científico e teórico, já que é uma profissão plenamente inserida nos programas atuais de assistência à saúde feminina. Além disso, como uma profissão hegemonicamente feminina, deve-se, na realização do cuidado, através da atitude solidária, auxiliar a vítima a libertar-se de sentimentos como medo, vergonha e culpa. Portanto, é fundamental que esse profissional esteja sensível ao acolhimento com uma escuta qualificada, à identificação de sinais e sintomas não verbalizados e ao gerenciamento de uma atenção integral e resolutiva (VASCONCELOS *et al.* 2012; ARRAIS, *et al.* 2020).

A aproximação com a temática, emergiu a partir da minha experiência como enfermeira que atua frente a mulheres vítimas de violência sexual. Diante disso vi a necessidade de aprofundar os estudos sobre essa temática e a oportunidade com o mestrado de produzir um produto que auxiliasse as vítimas e profissionais de

saúde no enfrentamento da violência contra a mulher, em especial a violência sexual.

O mestrado profissional dentro do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Práticas do Cuidado em Saúde da Universidade Federal do Paraná (PPGENF/UFPR) tem como proposta a elaboração de produtos ou intervenções que atendam às necessidades encontradas na prática clínica, no exercício do cuidado de enfermagem, na atuação da profissional enfermeira enquanto membro da equipe multiprofissional buscando a melhoria da assistência prestada. Este estudo pretende responder às demandas de cuidado e autocuidado das usuárias de um serviço público de saúde, vítimas de violência sexual (VS).

Diante do exposto, acredita-se que, ao desenvolver uma ferramenta multiprofissional para o acolhimento e acompanhamento da continuidade do cuidado que aborde as necessidades das mulheres atendidas no Pronto Atendimento de Ginecologia e Obstetrícia (PAGO) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR), seja possível ampliar a compreensão das mesmas sobre os cuidados à saúde, bem como seus direitos enquanto cidadãs vítimas de violência, favorecendo a adesão ao tratamento (e o consequente aumento percentual de pessoas que completaram o acompanhamento no PAGO), minimizando dúvidas, incertezas, efeitos colaterais das terapias prescritas, auxiliando no seguimento do tratamento e melhorando a qualidade de vida das pessoas atendidas.

1.1 Objetivo

Desenvolver uma Ferramenta de Apoio para Acolhimento e Acompanhamento (FAAA) para mulheres vítimas de violência sexual atendidas no Pronto Atendimento de Ginecologia e Obstetrícia (PAGO) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O propósito deste capítulo é discutir sobre a violência sexual enquanto uma manifestação da violência de gênero. Desse modo, far-se-á uma breve incursão acerca de gênero, no seu contexto histórico e pela violência, enquanto um fenômeno complexo, para, então, adentrar a violência de gênero. No que se refere às políticas públicas, serão apresentadas a PNAISM e o arcabouço jurídico legal que respalda a atenção às vítimas de violência. Também serão elucidados sobre os atributos essenciais propostos pelo Referencial Teórico da Prof.^a Barbara Starfield e o Fluxo de Atendimento às vítimas de violência.

2.1 GÊNERO

A construção teórica do conceito de gênero ganhou novas formas de indagação científica a partir das desigualdades e iniquidades vivenciadas, sendo descrita e formulada nas entrelinhas de Scott e Butler. Mais adiante passa a ser uma categoria analítica, com conceitos variados e formas multifacetadas (BATISTA, 2014; TILIO, 2014; COELHO, 2018; SCOTT, 1995; BUTLER; RIOS; ARAN, 2009).

Contextualizando as perspectivas biológicas para a compreensão do conceito de gênero, observa-se uma interação entre os séculos XVI e XIX do catolicismo e atividades científicas, onde os corpos dos homens e mulheres, por serem naturais, biológicos e anatomicamente diferentes, resultam em características psicológicas, sociais e comportamentais diferenciadas; dos sexos biológicos (macho/fêmea) decorreriam os gêneros (masculino/feminino), existindo assim, dois sexos e dois gêneros. O caráter científico teve seu fundamento na teoria darwiniana. Essa perspectiva é caracterizada pelo binarismo (macho/homem; fêmea/mulher), onde qualquer desvio desse padrão é compreendido como corrupção do corpo, da moral ou como doença. Já as proposições vivenciadas sobre a sexualidade entre os séculos XVIII e XIX eram restritas ao casal adulto legalmente unido, de forma monogâmica e heterossexual, visando a reprodução biológica e simbólica. Era considerado padrão modelar e ideal da sexualidade o casal heterossexual e monogâmico unido pelo casamento pretendendo a reprodução. Qualquer forma de apresentação da sexualidade fora dos padrões considerados

“normais” pela sociedade eram factíveis de punição médica ou jurídica (TILIO, 2014).

Uma das vozes mais relevantes da história do feminismo na Inglaterra, Mary Wollstonecraft, defensora dos “direitos naturais” do indivíduo, escreveu um livro em 1792, intitulado *Defesa dos Direitos da Mulher*. Nele contesta que existem diferenças “naturais” no caráter ou na inteligência de meninos e meninas. A inferioridade da mulher, segundo ela, adviria unicamente de sua educação. Propõe, portanto, que se ofereça às meninas idênticas oportunidades de formação intelectual e desenvolvimento físico que as existentes para meninos:

Para que a humanidade seja mais perfeita e feliz, é necessário que ambos os sexos sejam educados segundo os mesmos princípios. Mas como será possível, se apenas a um dos sexos é dado o direito à razão? (...) é preciso que também a mulher encontre a sua virtude no conhecimento, o que só será possível se ela for educada com os mesmos objetivos que os do homem. Porque é a ignorância que a torna inferior. (WOLLSTONECRAFT, 2016).

Na perspectiva psicanalítica e antropológica vivenciada no século XX, observa-se a permanência da interdependência e complementaridade entre homens e mulheres. Essa teoria enfatiza o binarismo e nela encontra-se o Complexo de Édipo, onde qualquer alteração na relação heterossexual é considerada perversão, ou seja, ao gênero masculino cabe a produção social, tipicamente exercida no espaço público, enquanto ao feminino cabe a reprodução social, tipicamente exercida no espaço privado (TILIO, 2014; ALVES; PEDROZA, 2019).

O termo “gênero” deriva da palavra latina *genus*, em português sendo traduzida como: “raça”, “tipo”, “variedade”. Este conceito teve seu uso restrito na gramática até meados da década de 1970, quando John Willian Money, psicólogo neozelandês, em seu trabalho intitulado “*Man & Woman, Boy & Girl*”, utiliza o termo, dando a ele características muito próximas da que usamos contemporaneamente, atribuindo ao gênero as características culturais relativas ao sexo (COELHO, 2018).

Mundialmente considerado um trabalho marcante e pioneiro no campo dos estudos sobre o gênero, a obra “*The Traffic in Women: Notes on the ‘Political Economy’ of Sex*”, publicada em 1975 pela antropóloga norte americana Gayle Rubin, discute o tráfico de mulheres que, segundo ela, é fruto do sistema de divisão

“sexo/gênero”. Gênero seria, em seu trabalho, derivado das relações econômicas de nossa sociedade, “o conjunto de arranjos pelos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana e na qual estas necessidades sexuais transformadas são satisfeitas” (RUBIN, 1975, p.159).

Na teorização moderna, Joan Wallach Scott (1988), em sua obra “*Gender and the Politics of History*”, traz uma importante sistematização do conceito de gênero. Outra contribuição importante da autora é distinguir as teorias de conceituação de gênero em “teorias causais e teorias descritivas”. As teorias causais se subdividem em três principais. A primeira sendo uma tentativa feminista, onde se debruça em explicar a origem do patriarcado. A segunda se situa numa teoria marxista buscando a crítica das teorias feministas. A terceira se inspira na psicanálise para explicar a produção e reprodução da identidade de gênero do sujeito (SCOTT, 1995; TILIO, 2014).

Estudar gênero fornece um meio de decifrar o significado e de compreender as complexas conexões entre várias formas de interação humana. Quando os/as pesquisadores/as buscam encontrar as maneiras pelas quais o conceito de gênero legitima e constrói as relações sociais, compreendem e contextualizam a natureza recíproca do gênero e da sociedade e as formas particulares pela qual a política constrói o gênero e o gênero constrói a política (SCOTT, 1995).

Já o conceito de gênero cunhado por Judith Butler, apoiado na teoria da performatividade, é fundamental para a teoria feminista e um marco inicial para os estudos *queer*. O termo *performatividade* se refere à permanente construção do gênero e engloba todas as mulheres no âmbito do feminismo, bem como as/os que lutam por maiores direitos, aquelas/es que não se enquadram em uma estrutura binária do corpo sexuado homem e mulher e que acabam por serem excluídas/os, colocando-a/o de volta num lugar de opressão onde o próprio movimento social prometia emancipação (COELHO, 2018; BUTLER; RIOS; ARAN, 2009).

A palavra *queer* é traduzida como estranho, excêntrico, raro e extraordinário. Essa teoria representa as minorias sexuais em sua diversidade e multiplicidade, levando em consideração todos os tipos e concepções de sexualidade, sendo caracterizada por sujeitos da sexualidade desviante-homossexuais, bissexuais, transexuais, travestis, *drags* (LOURO, 2004). Observa-se a existência de duas vertentes da teoria *queer*, de um lado, é uma atitude existencial que se reflete no

comportamento transgressivo que não respeita a heteronormatividade e, de outro lado, é uma teoria que busca estabelecer princípios e criar dispositivos que levem a uma ruptura de valores impostos pela crença comum (FIGUEIREDO, 2018).

As contribuições de Butler vêm possibilitando rupturas e deslocamentos do binarismo e do essencialismo proposto, pois, para a autora, o gênero não é a expressão ou compreensão da essência biológica, como proposto por Scott, nem somente o resultado de pressões ambientais e socializadoras como por psicanalíticas, mas engloba a constituição subjetiva da cultura.

No campo de gênero, os movimentos sociais, como o feminista, o movimento de mulheres e o de liberação homossexual estão ligados com a sexualidade. Assim, no paradigma, se nasceu fêmea, é mulher; se nasceu macho, é homem (há um essencialismo biológico, determinado pelo órgão sexual) e o construtivismo social (mulheres e homens são vistos como sujeitos na construção de suas sexualidades). Desse modo, a conduta sexual humana é socioculturalmente determinada e construída. Não é o órgão sexual que determina a ação, mas os aspectos sociais, as relações de parentesco, a ciência, a sociedade, a política, a religião, dentre outros (HEILBORN; BARRETO, 2010).

A partir dessa reflexão teórica sobre o conceito de gênero, percebem-se avanços no seu significado e que este se encontra em fase de constante evolução. O ser humano, homem e mulher através das teorias explanadas, pertence a uma variedade de formas multifacetadas de ser no espaço considerado, sendo influenciado por fatores biológicos, sociais e culturais. Constata-se que esse campo de estudo ainda está longe de definição das diversidades de gênero perpetuadas pelas categorias.

O atual cenário de retrocesso político instaurado no Brasil coloca em risco vários avanços sociais no campo da afirmação dos direitos das mulheres e da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais/transgêneros, *queer*, intersexos, assexual e todas as diversas possibilidades de orientação sexual que existe e/ou de identidade de gênero que possa existir (LGBTQIA+), conquistados nas últimas décadas, aprofundando sobremaneira as desigualdades de gênero e a exacerbação da violência imposta (BRANDÃO; LOPES, 2018). Partindo dessa visão política, é fundamental compreender como as dimensões de gênero são estruturantes na constituição subjetiva de homens e mulheres e na organização das

relações sociais estabelecidas a partir de desigualdades de poder entre eles. Essas desigualdades se relacionam, por sua vez, ao fenômeno das violências em todos os seus grupos. Logo, a abordagem do conceito de gênero é essencial para compreendermos acerca dessas violências, ainda que não consiga, a partir de todas as explanações, suscitar toda a complexidade do fenômeno (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015).

2.2 VIOLÊNCIA

De origem latina, o termo *violência* vem da palavra *vis*, que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro (CHESNAIS, 1981). Devido às fortes manifestações que a violência provoca, desde a carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia, torna-se de difícil conceituação, por ser um fenômeno da ordem do vivido (MINAYO, 2006a).

Ao longo da história, as manifestações da violência alcançaram um leque de comportamentos, práticas e relações, passando por formulações e reformulações. Essas formas plurais e multifacetadas em relação à temática, percorreram um processo de transição inerente a toda sociedade, existindo diferentes correntes teóricas que podem nos levar a uma compreensão mais abrangente desse fenômeno (SOUZA, 2012).

Sendo reconhecida como um fenômeno sociocultural, a violência sempre esteve ligada à segurança pública e ao judiciário (DAHLBER; KRUG, 2002). Nos primórdios, teve sua abordagem nos estudos das Ciências Humanas e Sociais, passando por um período distante de discussões do ponto de vista da saúde (SCHRAIBER *et al.*, 2009). Com sua inserção cronologicamente tardia como objeto do campo da saúde, a violência é um tema recorrente e discutido mundialmente nas Políticas Públicas dos governos e uma das principais preocupações da sociedade (MINAYO, 2006b; SCHRAIBER; OLIVEIRA, 1999).

O Relatório Mundial sobre Violência e a Saúde (KRUG, 2002, p.5) define a violência como:

Violência é uso intencional da força física ou o poder, real ou por ameaça, contra a pessoa mesma, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que possa resultar em ou alta probabilidade de resultar em morte, lesão, dano psicológico, problemas de desenvolvimento ou privação (KRUG, 2002, p.5).

Minayo (2006a) refere que a violência se retrata ora como manifestação da dinâmica e da trajetória de uma sociedade, seja em seus aspectos estruturais ou conjunturais, ora como fenômeno específico que se destaca e influencia essa mesma dinâmica social. Para a autora, a violência é uma manifestação causada por outros processos e também causadora desses processos.

Como acontecimento sociocultural, a violência é definida por atos que constituem violação de direitos tanto da perspectiva legal quanto da perspectiva ética (SCHRAIBER *et al.*, 2005). A situação em que o sujeito detentor de maior poder se vale de atos para reiterar ou ampliar seu poder também é definida como uso instrumental da violência, o que não lhe dá legítima autoridade senão um poder autoritário instaurado (ARENDT, 1994; COSTA, 1986). Essas circunstâncias acentuam desigualdades sociais, como as de gênero, e nega relações interativas/comunicativas (SCHRAIBER *et al.*, 2009).

O movimento de entendimento da violência como uma realidade sociocultural, um fenômeno construído das relações na sociedade, a diferencia da noção biológica de “agressividade humana”, associada à necessidade de sobrevivência e proteção:

(...) a violência não faz parte da natureza humana (...) não tem raízes biológicas. Trata-se de um complexo fenômeno biopsicossocial, mas seu espaço de criação é a vida em sociedade. Portanto, para entendê-la há que se apelar para a especificidade histórica. (...) na configuração da violência se cruzam problemas da política, da economia, da moral, do direito, da psicologia, das relações humanas e institucionais, e do plano individual” (MINAYO, 1994, p.3).

Como causa de danos à saúde individual e à coletiva, a violência provoca mortes; lesões; traumas físicos e mentais; diminui a qualidade de vida das pessoas e das comunidades; coloca novos problemas para o atendimento médico e para os serviços de saúde; e evidencia a necessidade de uma atuação de prevenção e tratamento de base interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e socialmente engajada (MINAYO *et al.*, 2018).

O Relatório Mundial sobre Violência e a Saúde (KRUG, 2002) apresenta a violência dividida em três tipos, de acordo com as características daqueles que acometeram o ato violento, sendo definidas como:

A violência autodirigida inclui comportamentos suicidas, autoabuso e automutilação. A violência interpessoal é subdividida em violência familiar e violência comunitária. O primeiro grupo inclui formas de violência como abuso infantil, violência por parceiro íntimo e abuso de idosos. O último inclui violência juvenil, atos aleatórios de violência, estupro ou agressão sexual por estranhos e violência em ambientes institucionais como escolas, locais de trabalho, prisões e casas de repouso. A violência coletiva é o uso instrumental da violência a fim de alcançar objetivos políticos, econômicos ou sociais. A tipologia também captura a natureza da violência que podem ser físicos, sexuais ou psicológicos (KRUG, 2002, p.7, grifos nossos).

Portanto, a violência é um fenômeno presente em toda a sociedade, que atinge com maior intensidade determinados grupos populacionais, em virtude de questões socioeconômicas, orientação sexual, ciclo de vida, identidade de gênero e questões étnico-raciais, que são fatores de vulnerabilidade e que potencializam as possibilidades de violência (SES/RS, 2018).

2.3 Violência de gênero

A violência de gênero tem como principal vítima as mulheres e meninas, além de se constituir uma questão de saúde pública e uma violação aos direitos humanos (WHO, 2010). Em um conceito mais amplo, a violência de gênero:

abrange vítimas como mulheres, crianças e adolescentes de ambos os sexos, ante a função patriarcal¹ em que os homens determinam a conduta de outras categorias sociais e recebem autorização ou a tolerância da sociedade. Em determinados contextos, o homem ou a mulher podem desempenhar por delegação a função patriarcal (SAFFIOTI, 2011).

Em outras palavras, tanto a mulher como o homem podem sofrer a violência de gênero, dependendo dos papéis e condutas que ambos exercem frente a sociedade. Ressalta-se que esse tipo de violência tem sido produzido sob a organização hierárquica do domínio masculino nas relações historicamente

delimitadas, culturalmente legitimadas e cultivadas, como a figura do patriarcado¹, nas quais a mulher está exposta a agressões objetivas e subjetivas, tanto no espaço público como no privado, com repercussão na sua saúde física e mental (ALMEIDA *et al.*, 2011). Essa dominação masculina é imposta e vivenciada através do que Bourdieu (2012) chama de violência simbólica, exercida essencialmente pelas vias de comunicação, dos sentimentos e conhecimento (desconhecimento). A naturalização da violência simbólica leva à somatização das relações de dominação, que se inscrevem nos corpos das mulheres como marcas de submissão.

Para Hasse (2016), a violência de gênero distingue um tipo de dominação e de crueldade estruturalmente construída nas relações entre homens e mulheres, reproduzida no cotidiano, subjetivamente assumida e legitimada por uma sociedade que ainda se constitui de forma patriarcal.

Para entender a violência de gênero, é fundamental compreender o contexto social em que ela se dá, considerando os fatores políticos, econômicos e culturais que podem ser observados nas relações cotidianas entre as pessoas (SOUZA, 2012).

A desigualdade de gênero constitui uma das grandes contradições da sociedade que se mantém ao longo da história da civilização e tem colocado as mulheres em um lugar social de subordinação. Essa desigualdade tem como uma de suas extremas formas de manifestação a violência contra as mulheres, resultado de uma assimetria de poder que se traduz em relações de força e dominação. À vista disso, a violência baseada no gênero tem se integrado em um fenômeno social que influencia sobremaneira o modo das mulheres de viver, adoecer e morrer (GUEDES *et al.*, 2009).

A violência contra a mulher é referida de diversas formas desde a década de 1950. Designada como violência intrafamiliar na metade do século XX, vinte anos depois passa a ser referida como violência contra a mulher. Nos anos 1980, é denominada como violência doméstica e, na década de 1990, os estudos passam

¹ Patriarcado é entendido como a ideologia que reitera uma hierarquia entre homens e mulheres, reafirma as fronteiras entre masculino e feminino e confere aos homens um lugar “natural” de dominação (HASSE, 2016).

a tratar das relações de poder em que a mulher em qualquer faixa etária é submetida e subjugada como violência de gênero (BRASIL, 2009).

No Brasil, na década de 1970 e nos primeiros anos da década de 1980 a violência contra a mulher (VCM) ganhou visibilidade devido às reivindicações dos movimentos feministas e esforços para desnaturalizar a condição social das mulheres, sendo um período de avanços na forma de a sociedade olhar para esse cenário (PIOSIADLO; FONSECA; GESSNER, 2014; HASSE, 2016).

O termo VCM, segundo Saltzman *et al.* (2000), pode referir-se à violência física, sexual e/ou psicológica cometida por parceiros íntimos, assassinatos, estupros, abusos sexuais de meninas, assédio sexual no local de trabalho, violência obstétrica, homofobia, tráfico de mulheres, prostituição forçada, coerção à pornografia, turismo sexual, violência étnica e racial, violência estatal — por ação ou omissão —, mutilação genital feminina, crimes ligados a dote e estupro em massa nas guerras e conflitos armados.

Sendo um fenômeno, a VCM atinge todas as classes sociais. Por isso, vários países vêm aplicando medidas de prevenção e controle na tentativa de frear essas ações. Assim, essa temática começou a ser enfrentada como problema de saúde pública (SAFFIOTI, 2004). Também é uma das manifestações mais extremas e perversas da desigualdade de gênero, produto das diferenças de poder e que representa um importante fenômeno social e de violação dos direitos humanos.

A Convenção de Belém do Pará (1996) definiu a VCM como qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado (art. 1º) (BRASIL, 1996).

Entende-se, a partir dessa elaboração, que a VCM abrange a violência física, sexual e psicológica e pode ocorrer no âmbito da família, unidade doméstica, na comunidade, e perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes (FAÚNDES; ARAÚJO; JORGE, 2003; OLIVEIRA *et al.*, 2009; BARUFALDI *et al.*, 2017).

2.3.1. Violência sexual, uma grave violência de gênero

No ano de 1998, ocorreram no Brasil diversas discussões sobre as consequências da violência sexual às vítimas (em sua maioria do sexo feminino).

Em 1999, o Ministério da Saúde instituiu a primeira norma técnica para atendimento integral de violência sexual, organizando não somente o atendimento para casos de violência sexual em até 72 horas, como também a norma técnica específica para nortear todo o procedimento de abortamento legal, intitulada *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes* (BRASIL, 1999). Desde então, as demais normas técnicas editadas foram revistas e ampliadas (LIMA *et al.*, 2019).

A violência sexual (VS) é um dos componentes do que se chama de “violência baseada no gênero” (FAÚNDES; ARAÚJO; JORGE, 2003; SES/RS, 2018). O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde define a VS como:

[...] qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejadas, ou atos direcionados ao tráfico sexual ou, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coação, praticados por qualquer pessoa, independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho, mas não limitado a eles (KRUG *et al.*, 2002, p.149).

De acordo com a Lei Federal, nº 12.845, de 1º de agosto de 2013, a VS é qualquer forma de atividade sexual não consentida. Compreende penetração vaginal e/ou anal; sexo oral e carícias; e situações sem contato físico, como assédio verbal, exposição e divulgação de material pornográfico. Esse tipo de violência pode afetar crianças, adolescentes, mulheres, homens e pessoas idosas, independente de classe social ou orientação sexual e identidade de gênero, em espaços privados e públicos, podendo ter consequências físicas e psicológicas marcantes na vida das vítimas, e em algumas situações, podem levar à morte (SES/RS, 2018; BASILE; SMITH 2011, KRUG *et al.*, 2002).

No Brasil, bem como em diversos países do mundo, a violência sexual constitui um sério problema de saúde pública por ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade feminina (HEISE, 1994).

Observando os registros de violência em um estudo realizado no Sul do Brasil, constatou-se que a violência sexual foi o segundo tipo de violência mais notificado. Quanto ao perfil das vítimas, vários estudos mostram que o sexo feminino é o mais atingido em todas as faixas etárias (VIDOR *et al.*, 2017; BLACK *et al.*, 2011; BASILE; SMITH, 2011). O local predominante de ocorrência da

violência sexual é a residência, principalmente para os idosos e crianças; as vias públicas ganham importância na população adulta. Dentro da categoria “Outros” estão incluídos aqueles locais que não se encaixam nas alternativas dispostas na ficha de notificação, o local que mais aparece é a casa de familiares e/ou conhecidos. O agressor é geralmente um homem (90%) entre 25 e 59 anos (75%). Os perpetradores da violência sexual são mais frequentemente amigos ou conhecidos (27%). E, levando em conta que várias das outras categorias especificam grupos de conhecidos ou familiares, chama a atenção o fato de a violência sexual ser praticada, na maioria das vezes, por pessoas próximas e/ou conhecidas da vítima, como por exemplo pai, padrasto, namorado, etc. (VIDOR *et al.*, 2017).

Ressalta-se que os crimes sexuais estão entre os menos registrados pela polícia, o que indica que os estudos existentes são apenas a face mais visível de um enorme problema que vitima milhares de pessoas anualmente. A pesquisa nacional de vitimização no Brasil estimou que cerca de 7,5% das vítimas de violência sexual notificam a polícia (BRASIL, 2013). Nos Estados Unidos, a taxa varia entre 16% e 32% (RIBEIRO; FERRIANE; REIS, 2004). Em dezembro de 2018, o Departamento de Justiça Americano revelou que apenas 23% das vítimas reportou o crime à polícia (MORGAN *et al.*, 2016).

Os motivos para a baixa notificação são os mesmos em diferentes países: medo de retaliação por parte do agressor (geralmente conhecido), medo do julgamento ao qual a vítima será exposta após a denúncia, descrédito nas instituições de justiça e segurança pública, dentre outros (SOUZA; ADESSE, 2005). Por sua vez, as crianças e mulheres, que constituem as principais vítimas da violência sexual, enfrentam, além de medo, vergonha ou incapacidade para denunciar sozinhas, o silêncio das instituições públicas (BUENO; LIMA, 2019).

Quanto à notificação dos casos de violência, segundo o Atlas da Violência (2018), a base do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) registrou 22.918 vítimas de estupro. No mesmo ano, as Polícias registraram 55.070 vítimas de acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Esses dados demonstram a existência de uma subnotificação por parte dos profissionais de saúde. Desde 2011, a notificação de violências passou a ser compulsória para todos os serviços de saúde públicos e privados, porém a não implantação em todo

território brasileiro do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), desenvolvido pelo Ministério da Saúde, pode justificar essa diferença nos números (BUENO; LIMA, 2019).

Em 2007, houve, no Paraná, a estruturação e criação do Plano Estadual de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA-PR) com objetivo de incentivar o desenvolvimento da vigilância dos casos de violência nos municípios do estado, favorecendo a monitorização dos eventos de causas externas, com ênfase na integração das ações de Vigilância, Promoção e Prevenção de Violências com a Atenção em Saúde, através da notificação da violência doméstica, sexual e/ou outras violências (SESA/PR, 2009). Em 2014, no estado do Paraná, os casos de violência sexual passaram a ter que ser imediatamente notificados, devendo ser comunicados à Secretaria Municipal de Saúde em até 24 horas após o atendimento da vítima (CIEVS/PR, 2018).

Com o objetivo de melhoria da assistência e garantia dos direitos das mulheres, foi criada, em 2003, a Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência Sexual, englobando o conjunto de ações e serviços de diferentes setores (em especial, da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde), que visa a ampliação e a melhoria da qualidade do atendimento, a identificação e o encaminhamento adequados das mulheres em situação de violência e a integralidade e a humanização do atendimento (BRASIL, 2011a).

Ao se analisar a Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência Sexual, percebe-se, diante de pesquisas realizadas em âmbito nacional, que apesar dos avanços obtidos no que tange ao atendimento da mulher, ainda há desarticulação entre os diversos dispositivos que compõem a rede (ARBOIT *et al.*, 2017; LETTIERE; NAKANO, 2015); fragmentação do cuidado; falta de estrutura das instituições; descontinuidade de implementação de políticas e programas; subfinanciamento para implementar as ações de enfrentamento; recursos humanos insuficientes e lacunas na formação e qualificação profissional, além de concepções antagônicas e/ou distorcidas do fenômeno (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015). Se a produção de dados referentes aos registros não é contínua e profícua em muitos estados no país, a formulação de políticas de prevenção, proteção e repressão resta muito prejudicada (BUENO *et al.*, 2019).

No serviço de saúde, a mulher violentada sexualmente necessita de acolhimento. O profissional de enfermagem deve estar capacitado para acolher e desenvolver uma assistência voltada para a recuperação física, psicológica e social, sem demonstrar atitudes baseadas no juízo de valor (BRASIL, 1999; 2011b). Em estudo realizado por Maia *et al.* (2000), as enfermeiras foram consideradas as profissionais adequadas para realizar o acolhimento por atuarem 24 horas dentro das instituições. Contudo, para o atendimento ser de qualidade são necessários conhecimentos sobre os aspectos assistenciais e legais que envolvem a violência sexual, bem como capacitar todos os membros da equipe de enfermagem com enfoque no acolhimento, conforto e segurança à mulher vítima (HIGA *et al.*, 2008).

Segundo Machado (2016), o crime de estupro não é somente uma questão sexual, mas envolve o fato de o agressor se sentir poderoso, de humilhar a mulher, de ter a posse sobre outra pessoa. A mesma pesquisa mostra que alguns agressores não compreendem como crime se a mulher estava sozinha à noite, colocando-a como disponível e acessível ao desejo do homem. O artigo referenda a dificuldade das mulheres em levar adiante denúncias de estupro, devido a uma possível atribuição de culpa, bem como pela vergonha que recai sobre elas. A cultura machista e patriarcal apresenta-se de forma naturalizada e transversal na história e no mundo, objetivando naturalizar a subserviência das mulheres.

Um dos aspectos vivenciados no atendimento à VCM corrobora os achados no estudo de Guedes *et al.* (2009), cujas intersecções potencializam os efeitos da violência e ampliam seu campo de atuação: o primeiro diz respeito ao fato de a mulher não denunciar a agressão sofrida. Depois, há o fato da predominância de uma qualidade tradicional da assistência pautada de forma fragmentada e biologicista. Há, ainda, a influência do modo como foram construídas as identidades de gênero, impregnadas de estereótipos que designam, para as mulheres, lugares de obediência e submissão. Esses três aspectos, inter-relacionados na dinâmica da realidade social, produzem a invisibilidade do impacto da violência sobre a saúde das mulheres.

O enfrentamento da violência de gênero como fenômeno destrutivo da vida das mulheres deve se fundamentar na desconstrução e reconstrução das relações de subalternidade de gênero perante os indivíduos, as famílias, as comunidades e a sociedade como um todo, para que sejam elaboradas e desenvolvidas estratégias

eficazes de prevenção e enfrentamento que tornem possível levar essa desconstrução aos espaços sociais, onde a violência é construída e legitimada, incluindo estratégias que possibilitem a conscientização e o empoderamento das mulheres para desconstrução da desigualdade imposta e reconstruir relações pautadas na equidade de gênero (GUEDES *et al.*, 2009; PIOSIADLO; FONSECA; GESSNER, 2014). As políticas públicas destinadas a prevenir, erradicar a violência e a promover a igualdade na perspectiva de gênero requerem mudanças sociais não apenas no modo como as mulheres trabalham e cuidam de si e de suas famílias, mas também como as instituições se envolvem nesses processos (SILVA *et al.*, 2012).

2.4 Arcabouço Jurídico Legal

A legislação referente à proteção dos direitos das mulheres é vasta e dispersa em áreas como seguridade social, direito do trabalho, penal, civil, eleitoral, entre outras. Constitui avanço alcançado ao longo de um século, envolvendo diferentes formas de luta das mulheres no Brasil e em quase todo o mundo. Ao longo do século XX, os movimentos de mulheres colocaram questões relativas ao reconhecimento de suas demandas específicas, à necessidade de maior participação nas esferas de poder e à efetiva igualdade de direito entre homens e mulheres (BRASIL, 2016).

2.4.1. Caminhada na conquista de direitos

Ao longo da história brasileira, até a promulgação da atual Constituição, as leis no Brasil sempre tiveram um caráter androcêntrico, quando não flagrantemente machista, reforçando preconceitos e gerando discriminações contra as mulheres:

Para as mulheres brasileiras, do Brasil Império até os dias atuais, foi uma longa e árdua caminhada rumo à conquista de seu espaço no cenário social e familiar. Com efeito, durante muito tempo negou-se às mulheres o direito à própria cidadania, em face de sua 'natural' condição de inferioridade perante o homem. Tem-se como exemplo típico de discriminação segundo o gênero a interpretação restritiva dada à norma constitucional de 1891 sobre o sufrágio universal, em que a Constituição se referia aos 'brasileiros' como portadores do direito de cidadania. A utilização da forma masculina, entretanto, foi tomada como designação

exclusiva aos homens, e não como um indicador genérico (GOMES, 2003, p.56).

A luta pelo sufrágio nos Estados Unidos e na Inglaterra prolongou-se por sete décadas. No Brasil, esse percurso perdurou por 40 anos a contar da Constituinte de 1891 (ALVES; PITANGUY, 2006). A bióloga Bertha Lutz foi uma das fundadoras da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino, entidade que apresentou ao Senado Federal um abaixo-assinado com proposta de lei de regulamentação do voto feminino, projeto assinado pelo Senador Juvenal Lamartine. O direito ao voto foi conquistado pelas mulheres em 1932 com a aprovação do novo código eleitoral (COELHO, 2017; PINTO; BRAGA, 2015).

O Código Penal Brasileiro (CPB), que data de 1940, tem exemplos do anacronismo que reproduz diversos posicionamentos da cultura patriarcal. Reforça, por exemplo, a ideia de que apenas a mulher pode ser vítima de crimes sexuais em seus dispositivos. Outro exemplo é o texto legal referente aos crimes contra a dignidade sexual, que dispunha no art. 216 o termo “mulher honesta”, contudo, não trazia nenhum artigo fazendo a mesma referência ao homem “honesto”, deixando implícito o julgamento da honra da mulher e colocando a sexualidade sempre à prova. Apesar da incongruência com os princípios constitucionais, esse dispositivo vigorou até o ano de 2009. Outra incongruência aparecia no art. 107, incisos VII e VIII que possibilitavam, em caso de crime contra os costumes (aqui enquadrando o estupro) que o mal fosse remediado, ao inferir que o casamento da vítima com o seu algoz ou terceiro extinguiu a punibilidade do delito praticado. Esse artigo vigorou até 2005 (PINTO; BRAGA, 2015).

Buscando igualdade de direitos, as mulheres se erigiam contra a condição que lhes foi imposta pela sociedade, reivindicando direitos, lutando por liberdade. Atuando na linha de frente dos Direitos Humanos, os movimentos feministas buscam tensionar o Estado a combater os posicionamentos machistas. O patriarcado, enquanto ideologia dominante em nossa sociedade propaga a supervalorização do homem em detrimento da mulher. Essa estrutura androcêntrica perpetua o comportamento machista e misógino que promove a hierarquização dos sexos e, por consequência, a violência contra a mulher (PINTO; BRAGA, 2015)

O histórico de lutas feministas no Brasil pode ser visto sob três momentos históricos principais: o final do século XIX que é motivado pelas lutas pelo sufrágio,

educação e trabalho; a década de 1960 e a luta pela liberdade sexual e; durante os anos 1970, o movimento de base junto às lutas sindicais. Neste último período, enquanto na Europa e Estados Unidos o movimento feminista, um movimento libertário, ganhava força, no Brasil, as feministas eram vistas com maus olhos pelos militares, que usavam, inclusive, táticas de guerrilha. Durante a ditadura militar, ocorreram as primeiras manifestações feministas no país, quase na clandestinidade, afinal, o governo ditatorial enxergava o feminismo como subversão à ordem (PINTO; BRAGA, 2015).

É indiscutível a contribuição impulsionada pelo movimento das mulheres para a Constituição Federal de 1988. Atuando junto ao Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), as mulheres lançaram, em 1985, a campanha “Mulher e Constituinte”, cujo lema era: “Constituinte para Valer tem que ter palavra de mulher”. Essa campanha permitiu que discussões e debates acontecessem entre as mulheres, durante meses, por todo o país, resultando na elaboração da *Carta da Mulher Brasileira aos Constituintes*, que foi entregue ao Congresso Nacional no dia 26 de agosto de 1986, pelas mãos de mais de mil mulheres, numa atuação que ficou publicamente conhecida como “lobby do batom” (SILVA, 2012).

O ordenamento jurídico passou a prever diversos dispositivos consagrando a igualdade entre mulheres e homens: estabelecendo ao Estado o ônus de assegurar igualdade entre homens e mulheres em relação a direitos e deveres decorrentes da sociedade conjugal e outras entidades familiares (artigo 226, §§ 3º, 4º e 5º, da Constituição Federal); direitos da mulher relativos ao trabalho (artigo 7º, incisos X e XXX, da Constituição Federal); igualdade entre homens e mulheres na aquisição da propriedade (artigo 183, § 1º e artigo 189, parágrafo único, ambos da Constituição Federal); direitos relativos à proteção da maternidade (artigo 6º; artigo 7º, inciso XVIII; artigo 201, inciso II; artigo 203, inciso I, todos da Constituição Federal e artigo 10, inciso II, alínea “b” do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias), entre outros (SUXBERGER; FERREIRA, 2016).

2.4.2 A abordagem da violência contra a mulher no arcabouço jurídico legal brasileiro.

A ampliação das políticas públicas destinadas à promoção da equidade de gênero, especialmente no que se refere ao enfrentamento à violência contra a

mulher, contam com um aporte legal que norteia a intervenção estatal (COSTA, 2017). A despeito da sua gravidade e intensidade no país, a violência contra a mulher era tida como uma questão de ordem privada/pessoal até pouco tempo no Brasil. Foi apenas em 1980 que esse tema passou a ocupar a agenda dos direitos humanos, como resultado da luta das mulheres para que o Estado reconhecesse a violência como problema de ordem pública/política e, como tal, reconhecesse a necessidade de órgãos especializados para o atendimento às mulheres vitimizadas (CISNE, 2015).

O Brasil ratificou a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher em 1984. Todavia, até 2003, o Brasil não havia apresentado um relatório sobre seus compromissos para acabar com a discriminação e a violência contra as mulheres. O Brasil, entre os países da América Latina, era o único que não possuía uma legislação específica sobre o tema, bem como era incipiente no que diz respeito às políticas públicas voltadas para a prevenção e combate à violência. Do ponto de vista normativo, mudanças importantes ocorrem em 2006, com a Lei Maria da Penha, (LMP) e em 2015, com a Lei 13.104, que torna o feminicídio crime hediondo (CISNE, 2015).

A Lei Maria da Penha firmou-se como marco de visibilidade ao problema e alavancou as discussões envolvendo a efetividade das políticas de intervenção dirigidas à violência doméstica e familiar contra as mulheres. Conformando o preceito estabelecido no § 8.º do artigo 226 da Constituição Federal e materializando as determinações veiculadas tanto na Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1979) quanto na Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994). Similarmente, a Lei 11.530, de 24 de outubro de 2007, que institui o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci), dá particular atenção à questão da violência doméstica e familiar contra a mulher. (SUXBERGER; FERREIRA, 2016).

Do ponto de vista normativo, merece destaque a revisão e reedição da Norma Técnica sobre a Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. A norma de 1998 trata da regulamentação do artigo 128, inciso I do Código Penal, que possibilita o aborto legal às mulheres vítimas de estupro. A inovação da revisão consiste em não mais exigir o Boletim de

Ocorrência para as vítimas de estupro realizarem o aborto legal. Além disso, passou a estabelecer regras e providências para assistência às mulheres vítimas de violência sexual (CISNE, 2015). Contudo, as políticas destinadas ao enfrentamento à violência contra a mulher só ganham força anos mais tarde, especificamente no primeiro mandato do Partido dos Trabalhadores (PT), na presidência de Luiz Inácio Lula da Silva, tendo como marco a criação, em 2003, da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), que possuía status de ministério e tinha como objetivo formular, coordenar e articular as políticas para as mulheres no Brasil (AMB, 2011).

Em 24 de novembro de 2003, foi estabelecido, por meio da Lei n.º 10.778, a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher que fosse atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Em 26 de janeiro de 2011, foi publicada a Portaria n.º 104, do Ministério da Saúde, que estabelece a nova Lista de Notificação Compulsória, incluindo os casos de estupro e agressão física contra as mulheres. Essa ampliação pode ser constatada em diferentes leis e documentos, como no caso dos Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres; da Lei Maria da Penha; da Política e do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher; das Diretrizes de Abrigamento das Mulheres em Situação de Risco e Violência; das Diretrizes Nacionais de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta; da Norma Técnica de Uniformização dos Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência; e da Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher. É inegável que as ações na área da violência contra a mulher foram ampliadas, e serviços como Centros de Referências de Atendimento às Mulheres; Defensorias da Mulher; Serviços de Responsabilização e Educação do Agressor; e Promotorias Especializadas passaram a compor a rede de enfrentamento e atendimento às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2011c; COSTA, 2017).

O feminicídio, mundialmente discutido, trouxe à luz um cenário preocupante. Trata-se de um problema global, que se apresenta com poucas variações em diferentes sociedades e culturas e se caracteriza como crime de gênero ao carregar traços como ódio, que exige a destruição da vítima, e também pode ser combinado com as práticas da violência sexual, tortura e/ou mutilação da vítima antes ou depois do assassinato (PAULA *et al.*, 2018). Devido ao alto número de assassinatos de mulheres em virtude do gênero, foi aprovada a Lei 13.104, em 9 de março de 2015,

a chamada Lei do Feminicídio. Essa altera o art. 121 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, para prever o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para incluir o feminicídio no rol dos crimes hediondos.

No âmbito da violência sexual, recentemente foi publicada a Lei nº 13.718 de setembro de 2018, que altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelecer causas de aumento de pena para esses crimes e definir como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo.

Percebe-se grandes avanços na construção da equidade de gênero. Diversas normas do arcabouço jurídico brasileiro foram alteradas, outras revogadas, sempre com o intuito de buscar a construção da igualdade entre os sexos, embora ainda exista muito a ser feito (COELHO, 2017). Todavia, diversos projetos de lei que estão em tramitação tensionam o parlamento a retroceder em direitos já garantidos às mulheres, como é o caso do Estatuto do Nascituro, que permite ao estuprador colocar seu nome como “pai” no registro de nascimento do feto que vier a nascer fruto desse crime. Por outro lado, o movimento feminista é contra o estatuto e tem como pauta a legalização do aborto para cessar os casos de abortos clandestinos que vitimizam diversas mulheres pretas e pobres nas periferias do Brasil (COELHO, 2017).

Ao analisar o estado do Paraná, em relação aos avanços na saúde da mulher, percebe-se a preocupação com o tema, através da criação de assistência nos casos de interrupção de gravidez e das egressões do sistema penal, avançando também ao criar o Conselho Estadual da Condição Feminina, independente do Conselho de Direitos Humanos, e na criação de Delegacia Especializada em Atendimento à Mulher (WENSE; PAIVA, 2016).

2.5 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) — Uma importante ferramenta contra a violência de gênero.

O período compreendido entre as décadas de 1970 e 1980 ficou marcado pelo aparecimento de alguns programas de natalidade. Diante dessa realidade,

grupos heterogêneos, formados por movimentos feministas sanitaristas, buscaram a construção e elaboração de um programa amplo, que tivesse um caráter integral. Apesar da crise econômica na América Latina, no início da década de 1980, o Brasil ainda era um ambiente promissor para atendimento das demandas dos movimentos sociais. Nessa época, o Fundo Monetário Internacional exerceu grande pressão para que o estado brasileiro elaborasse uma política sobre o planejamento familiar. O planejamento familiar foi, naquela época, um tema tão delicado quanto o aborto (CORREA, 1993; MESQUITA, 2010).

No início da década de 1980, quando o movimento de mulheres interveio no debate nacional sobre o planejamento familiar, o que guiava a todos e a todas era a certeza de que “a democracia” traria o componente que faltava para que a sociedade brasileira completasse sua modernização: maior igualdade social e política (SORJ, 1991). A partir da recusa do controle da natalidade, disfarçado de planejamento familiar, as feministas pressionaram o Estado para criação de uma política de planejamento familiar baseada nos direitos de reprodução, opondo-se às ações da Bemfam² e de outros organismos similares (GOLDBERG-SALINAS, 1996/1997).

O Brasil passou por polêmicos anos de debate sobre o controle de natalidade e de tentativas fracassadas do governo federal de implantar programas de planejamento familiar. Nessa perspectiva, o então Presidente João Batista Figueiredo abriu os trabalhos do ano em 1983, propondo a discussão no parlamento de forma aprofundada dos problemas relacionados ao controle de natalidade. Ao mesmo tempo, no Ministério da Saúde, começava a ser elaborada uma nova política de saúde que contemplava o planejamento familiar. Então o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi anunciado no fim daquele ano, trouxe mudanças importantes para o campo da saúde pública e das políticas de gênero, incorporando importantes reivindicações dos movimentos sanitaristas e movimentos feministas, defendendo a inserção de uma política de planejamento familiar inserida nos cuidados integrais à saúde da mulher (MESQUITA, 2010).

² Bemfam (Sociedade de Bem-Estar Familiar) entidade privada criada em 1965, com apoio de médicos e universidades de Medicina, com forte presença durante o período do regime militar, sua política tinha como características desmazelos com a distribuição gratuita de anticoncepcionais entre a população pobre criando grande dificuldade para a aceitação de qualquer política de planejamento familiar (MESQUITA, 2008).

O conceito de Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM) teve sua origem no Brasil em 1966, a partir da crítica da área biomédica que tratava a mulher em partes, não sendo as áreas de saúde da mulher integradas e sim divididas. Essa forma de atendimento, conhecido na época como programas verticais de saúde, foi inicialmente criticada pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), precursora na forma de cuidado integral à saúde da mulher, reconhecendo a mulher como ser integral, biológico e psicossocial (OSIS, 1994).

Antes da elaboração do PAISM, a visão que prevalecia era a da atenção materno-infantil, cujos princípios norteadores da política de saúde para as mulheres eram baseados em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe. No bojo de um movimento internacional de crescimento da consciência das mulheres de seu papel social historicamente construído, que estava sendo decodificado adotando o enfoque de gênero e incorporando a possibilidade de planejar o número de filhos e a oportunidade de engravidar, assim como integrando a reivindicação pelo direito ao aborto legalizado, o movimento de mulheres brasileiro conseguiu que fossem separadas as duas áreas técnicas em (1) Saúde da Criança e do Adolescente e (2) Saúde da Mulher (RATTNER, 2014).

Aproximadamente um ano antes do lançamento do PAISM, o posicionamento de Ruth Cardoso, Tereza Caldeira e Elza Berquó, nomes destacados e atuantes no movimento feminista acadêmico no Brasil, sobre uma política pública de planejamento no Brasil nos revela um clima de aceitação e de expectativa por parte das esquerdas e do movimento de mulheres quanto à elaboração de um programa de planejamento familiar segundo novos parâmetros, pontuando para a necessidade de participação das mulheres nesse processo em conjunto com os profissionais de saúde (MESQUITA, 2010).

A partir de 1984, com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado pelo Ministério da Saúde, foi a primeira vez que se teve uma ação voltada exclusivamente para as mulheres na saúde pública. Sua implantação, no que diz respeito à violência, só efetivou-se por volta de 1996. Isso se deveu ao fato de a área técnica da Saúde da Mulher — com a participação do movimento feminista, das organizações de mulheres e de especialistas — ter redefinido diretrizes estratégicas para orientar suas ações às mulheres em situação de violência (BANDEIRA, 2014).

Entre os autores importantes na construção do PAISM, podemos citar Anibal Faúndes, ginecologista e professor do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Em outro momento, ele participou como co-autor e coordenador do programa semelhante em saúde da mulher no governo Allende, no Chile. Na enfermagem, tivemos a participação de Maria José de Lima, conhecida como enfermeira Zezé, militante do movimento feminista, que participou do Centro da Mulher Brasileira e do Coletivo de Mulheres no Rio de Janeiro (OSIS, 1994). Ana Maria Costa, médica do Ministério da Saúde, foi convidada pelo Ministro da Saúde, o então Waldyr Arcoverde, para escrever uma proposta de política para o controle demográfico. Ela se tornou a primeira coordenadora do PAISM e, no final da década de 1990, afirma que o programa foi pensado para ser:

[...] um conjunto de diretrizes e princípios destinados a orientar toda a assistência oferecida às mulheres das distintas faixas etárias, etnias, classes sociais, nas suas necessidades epidemiologicamente detectáveis - incluindo as demandas específicas do processo reprodutivo. Compreende, ainda, todo o conjunto de patologias e situações que envolvam o controle do risco à saúde e ao bem-estar da população feminina [...] O destaque conferido às ações educativas objetiva intervir nas relações de poder das mulheres tanto com os serviços de saúde como nas demais situações relacionais assimétricas para as mulheres. Esta estratégia tem por intenção estimular nas mulheres mudanças em relação ao autocuidado e à apropriação de seus corpos e controle de sua saúde" (COSTA, 1999, p.8, apud MESQUITA, 2010, p. 115).

Entre alguns dos principais obstáculos vivenciados para o sucesso do PAISM durante a fase de implementação, encontra-se a falta de comunicação entre as diferentes organizações do Estado e dessas com a sociedade; o tema orçamento nunca foi priorizado; havia falta de objetivos de longo prazo; agenda ampla demais de transformação da cultura em detrimento de uma pauta mais pragmática de negociação. Posteriormente, os problemas se acentuaram, em especial no que se refere às distorções em assistência à anticoncepção (CORREA, 1993).

No fim da década de 1980, a discussão sobre saúde integral da mulher evoluiu, no Brasil e no mundo, para o conceito de "saúde reprodutiva", adotado pela OMS em 1988 e reafirmado na Conferência de População do Cairo, em 1994 (CORREA; JANUZZI; ALVES, 2003). Enquanto isso, os EUA ainda pressionavam os governos para aumentarem sua atuação no campo do planejamento familiar no

mundo e o discurso dos controlistas se renovava, incluindo na lista dos prejuízos causados pela superpopulação, a destruição ambiental (HARTMANN, 1997).

Os debates em torno do problema culminaram com a aprovação do projeto de lei (Lei n.9263-12/01/96) de 1996, que regulamentou o artigo 226 da Constituição, reconhecendo, portanto, o livre exercício do direito reprodutivo — dentro de uma visão de atendimento integral à saúde, proibindo a utilização de ações políticas para qualquer tipo de controle demográfico. A esterilização só seria legalizada, entretanto, em 1997, após a derrubada do veto do presidente a partir de mobilizações e articulações do movimento de mulheres e do apoio de parlamentares. Enfim, em 2002, o artigo da Constituição que trata do planejamento familiar foi inserido no Código Civil (Lei 10.460/2002, art. 1.565, parágrafo 2º).

O ano de 2004 foi designado pelo Presidente da República, Luís Inácio Lula da Silva, como o Ano da Mulher. No mesmo ano, foi realizada a I Conferência Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres, e o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Considerando o enfoque de gênero e os recortes racial/étnico e geracional, a PNAISM busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com preocupação em melhorar a assistência obstétrica, o acesso ao planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004). Atualmente, a assistência à saúde da mulher no Brasil é voltada para três grandes áreas prioritárias, além da atenção obstétrica: planejamento reprodutivo, câncer ginecológico e atenção a mulheres e adolescentes em situação ou risco de violência (RATTNER, 2014).

Em 2018, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher completou 35 anos desde sua criação. No contexto da violência doméstica e sexual, a criação do PAISM desencadeou em todo país a preocupação por parte dos municípios na formação de uma rede de atendimento à VCM. Os locais de atendimento vêm crescendo paulatinamente, com a implantação de fluxo e protocolos baseados no Ministério da Saúde.

2.6 Atributos essenciais da prática clínico-assistencial

Pretendem-se aqui esboçar os atributos essenciais da prática clínico-assistencial pelo Referencial Teórico da Prof.^a Barbara Starfield, correlacionando com a assistência multiprofissional das vítimas de violência sexual. A moderna concepção de Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu no Reino Unido, em 1920, no Relatório Dawson, que preconizou a organização do sistema de atenção à saúde em diversos níveis de atenção: os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino (PENN *et al.*, 1920).

Esse clássico documento descreveu as funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles e representa o texto inaugural da regionalização dos sistemas de atenção à saúde, organizados com base na saúde da população, tendo influenciado a organização desses sistemas em vários países do mundo. Além disso, esse documento constitui a proposta seminal das Redes de Atenção à Saúde (RAS) coordenadas pela APS (MENDES, 2015).

Desde que a obra *Primary Care: Concept, Evaluation, and Policy* foi publicada, o mundo dos serviços de saúde passou por inúmeras mudanças. A reforma da saúde ocorreu quase que em todos os países, mesmo aqueles com um sistema de saúde estável há décadas. No Brasil, desde a promulgação da Constituição de 1988, o país passou por uma reforma sanitária sem precedentes, no sentido da Construção de um sistema de saúde universal, integral e equânime (STARFIELD, 2002).

A partir da Conferência Internacional de Alma Ata, em 1978, surgiram diversas definições sobre a APS, as quais foram adotadas em vários países como estratégia e modelo de organização do sistema de saúde. As ações da APS são direcionadas pela solidariedade e acesso equitativo aos serviços de saúde, proteção e promoção de saúde, participação da sociedade na atenção à saúde e colaboração intersetorial dos serviços de saúde para trabalhar com as demandas da comunidade (OMS, 1978; STARFIELD *et al.*, 2005; SALTMAN *et al.*, 2010).

A conferência de Alma-Ata definiu a APS como:

cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1978).

Barbara Starfield, com intuito de prover características definidoras à APS, as definiu e distinguiu como atributos essenciais e derivados. Os atributos constituem um conjunto de elementos estruturantes da APS sendo classificados de acordo com as características de estrutura — condições do ambiente e equipamentos em que os serviços são prestados — e processo/desempenho — qualidade dos serviços prestados pelos profissionais de saúde individualmente ou em grupo, refere-se à qualificação profissional, organização e coordenação do processo de trabalho das equipes (STARFIELD *et al.*, 2005).

Barbara Starfield (2002) identificou os atributos da APS em primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Em um estudo conduzido por Mendes, esses atributos são assim interpretados:

O primeiro contacto implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura o cuidado. A longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, pessoa usuária e família. A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante (MENDES, 2009, p. 57-58).

Além desses atributos essenciais, também encontramos na literatura os atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002).

Sendo definidos: a) orientação familiar, decorrente da consideração do contexto familiar na atenção integral; b) orientação comunitária, que decorre do reconhecimento das necessidades sociais; e c) competência cultural, que envolve a atenção às necessidades de uma população com “características culturais especiais” (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011).

A expressão “primeiro contato” implica acessibilidade e utilização dos serviços de saúde pelos usuários a cada novo problema ou a cada novo episódio de um mesmo problema (STARFIELD, 2002). Em outras palavras, o primeiro contato pode ser definido como porta de entrada dos serviços de saúde, ou seja, quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro recurso a ser buscado quando há uma necessidade ou problema de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Nesse contexto, tem-se utilizado como sinônimo os termos acesso e acessibilidade, apesar de serem conceitos diferentes. Esse atributo associado ao atendimento das vítimas de violência sexual está influenciado em seus aspectos geográficos, refletindo a distância entre a população e os recursos. Um caso bastante comum é a região metropolitana de Curitiba, onde em sua maioria, os municípios referenciam suas vítimas de VS para a capital por não oferecerem o tratamento e suporte adequado. Além desse aspecto geográfico, podemos citar os organizacionais, socioculturais e econômicos.

Ainda no atributo da atenção no primeiro contato, a acessibilidade organizacional abrange as características ligadas ao modo de organização dos serviços de saúde que dificultam ou facilitam sua utilização (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Inclui aspectos como tempo para obter uma consulta, tipo de agendamento, turnos de funcionamento, tempo para fazer exames laboratoriais e continuidade do tratamento, dificuldades estas já evidenciadas nos estudos de Trigueiro *et al.*, (2015) e nos de Kangussu (2018) no presente local de estudo.

Os aspectos socioculturais e econômicos da acessibilidade incluem o conhecimento de sinais e sintomas, a percepção do risco de gravidade do desenvolvimento de uma Infecção Sexualmente Transmissível, o conhecimento sobre o próprio corpo e sobre oferta dos serviços de saúde, medo do diagnóstico, crenças, hábitos, dificuldades de comunicação com a equipe de saúde, crédito dado ao sistema de saúde, graus de instrução, emprego, renda e seguridade social (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

No atributo da longitudinalidade, implica-se a presença de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, independente da existência de problemas específicos relacionados à saúde (STARFIELD, 2002). Na literatura internacional, o termo “continuidade do cuidado” é utilizado com sentido semelhante à palavra

“longitudinalidade”, embora esses termos possuam especificidades conceituais. Ou seja, mesmo que ocorram interrupções na continuidade da atenção, isso não significa que a relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários não exista ou que seja interrompida (BARATIERI; MARCON, 2011; CUNHA; GIOVANELLA, 2011).

Os benefícios da longitudinalidade na APS estão relacionados ao favorecimento do acompanhamento do usuário, o seguimento e a efetividade do tratamento, a avaliação das necessidades de saúde, a compreensão quanto ao processo de encaminhamento, a redução de internações hospitalares e a satisfação e confiança dos usuários. Também contribui para a implementação de ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos (STARFIELD *et al.*, 2005).

Entretanto, os serviços públicos de saúde no Brasil ainda se caracterizam pela fragmentação e descontinuidade assistencial em decorrência de fragilidades na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e a gerência dos serviços; entre os serviços de saúde e de apoio diagnóstico e terapêutico e entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços, voltadas a um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Diante do exposto, a potencialidade do atributo da continuidade do cuidado na construção da ferramenta de cuidado multiprofissional proposta neste estudo vem desde a sua admissão e percorre em todo processo de tratamento, independente de ser recente ou não. A assistência não é interrompida, pelo contrário, é interligada em cada nível de cuidado e seu seguimento. Outro fator importante desse atributo é a presença do acolhimento, papel de suma importância e de grande participação da enfermeira.

A tecnologia do acolhimento pode ser considerada uma reforma nos processos de trabalho e no relacionamento entre profissionais e usuários e, portanto, uma estratégia para o alcance da longitudinalidade pessoal. Está fortemente relacionada à boa comunicação e tende a favorecer a continuidade e a efetividade do cuidado (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O atributo da integralidade implica em fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011). Esse princípio pode ser contemplado por meio de um modelo assistencial organizado de forma hierarquizada e descentralizada, com sistemas

formais de referência e contrarreferência, cuja garantia da integração dos recursos de infraestrutura é fundamental. A atenção integral depende de uma rede articulada de tal forma que os problemas apresentados pelos indivíduos possam ser abordados em todos os níveis de assistência necessários para a sua resolução e que o acesso a estes diferentes níveis seja harmonioso e ágil (BRASIL, 1990).

Diante do exposto, a potencialidade do atributo da integralidade na construção da ferramenta de cuidado vem para auxiliar os profissionais e pacientes de forma integral durante a assistência, em todos os seus níveis de atenção com caráter multiprofissional, sendo uma ferramenta onde serão armazenadas todas as informações da assistência prestada e orientações ao paciente (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Ainda nesse atributo, temos a fragilidade de um sistema de referência e contrarreferência que possa redirecionar a vítima de violência sexual para um atendimento na atenção primária, bem como a ausência de um sistema informatizado onde o profissional possa realizar busca ativa e acompanhar o seguimento, além de uma porcentagem considerável de vítimas que não o concluem em nível ambulatorial, evidenciado no estudo de Trigueiro *et al.* (2015).

A coordenação, outro atributo, entre níveis assistenciais pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma que estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local onde sejam prestados. Ou seja, a “disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento”. Objetiva ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção à saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Esse atributo se potencializa, alinhado ao Protocolo de Atendimento à Vítima de Violência Sexual, na rede de atenção à saúde, nas Delegacias de Atendimento à Mulher, na Casa da Mulher Brasileira, nas unidades básicas de saúde e em outros órgãos atuantes na área, em conjunto com o Serviço Médico Legal da Prefeitura de Curitiba/PR, sendo a proposta de ferramenta de continuidade do cuidado multiprofissional um suporte de informações e fortalecimento do vínculo.

O atributo da coordenação tem maior importância relativa, já que, sem ela, o primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa. A longitudinalidade perderia muito de seu potencial e a integralidade ficaria comprometida. Oferecer aos usuários que necessitam de cuidados mais complexos as orientações necessárias para encontrar seu caminho através do sistema de saúde só poderá ocorrer se existir coordenação do cuidado, ou seja, a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio de equipes de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Correlacionando o atendimento multiprofissional às vítimas de violência sexual com as características definidoras e atributos essenciais proposto por Stalfied (2002), o termo “acessibilidade” ou “primeiro contato” vem ao encontro da busca da vítima pelo atendimento nos serviços de referência, seja por encaminhamento de outras instituições ou demanda espontânea. A procura por atendimento das vítimas de violência sexual ainda é algo sensível e cultural, caracterizado pelo sentimento de medo, vergonha, por parte dessas vítimas (COSTA et al., 2013; PAIVA, 2017), o que ainda traz para a saúde pública um problema a ser enfrentado.

Na longitudinalidade, vivencia-se o primeiro atendimento no pronto atendimento e, por conseguinte, os cuidados ao longo do tempo realizados no ambulatório, onde a ferramenta de cuidado multiprofissional, somada ao prontuário, auxiliará toda a assistência prestada, servindo como um elo de ligação entre os atendimentos realizados, não ocorrendo cisão, de informações, fazendo com que a vítima diminua ou não relate todo o acontecimento da violência. Na integralidade, há ligação com as redes de atenção à saúde, entre elas o Centro de Referência e Assistência Social (CRAS), casas de apoio, Delegacias de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, Naves e outras redes de suporte que auxiliam no tratamento da violência. O atributo da coordenação traz o seguimento constante. Nesses dois últimos atributos, a ferramenta multiprofissional de cuidado às vítimas de violência sexual busca ser um elo de informações para os profissionais, pacientes e familiares, quanto ao tratamento oferecido, cuidado terapêutico e seguimento tanto ambulatorial como na RAS.

2.7 Fluxo de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR).

A partir da década de 90, iniciou-se o atendimento de mulheres vítimas de violência sexual na Maternidade do Hospital de Clínicas da UFPR de maneira organizada e planejada. Ao longo do tempo o serviço ficou bastante conhecido e tem servido como referência de atendimento não apenas na cidade de Curitiba, mas em todo estado do Paraná (ANDRADE, 2017). Nestas entrelinhas, pretende-se trazer reflexões sobre o cuidado, a legislação e forma de organização do sistema no atendimento a vítima realizado pela equipe multiprofissional.

Independente de qual serviço seja a porta de entrada para o atendimento às violências sexuais, os procedimentos devem obedecer a uma mesma lógica e seguir orientações pré-definidas (PARANÁ, 2017). Portanto a mulher vítima de violência sexual pode procurar amparo no serviço de referência³ em atendimento à violência sexual, tanto por procura direta nesses locais, como encaminhadas através das unidades de saúde que realizaram um atendimento inicial ou encaminhadas através das delegacias e redes de apoio à vítima.

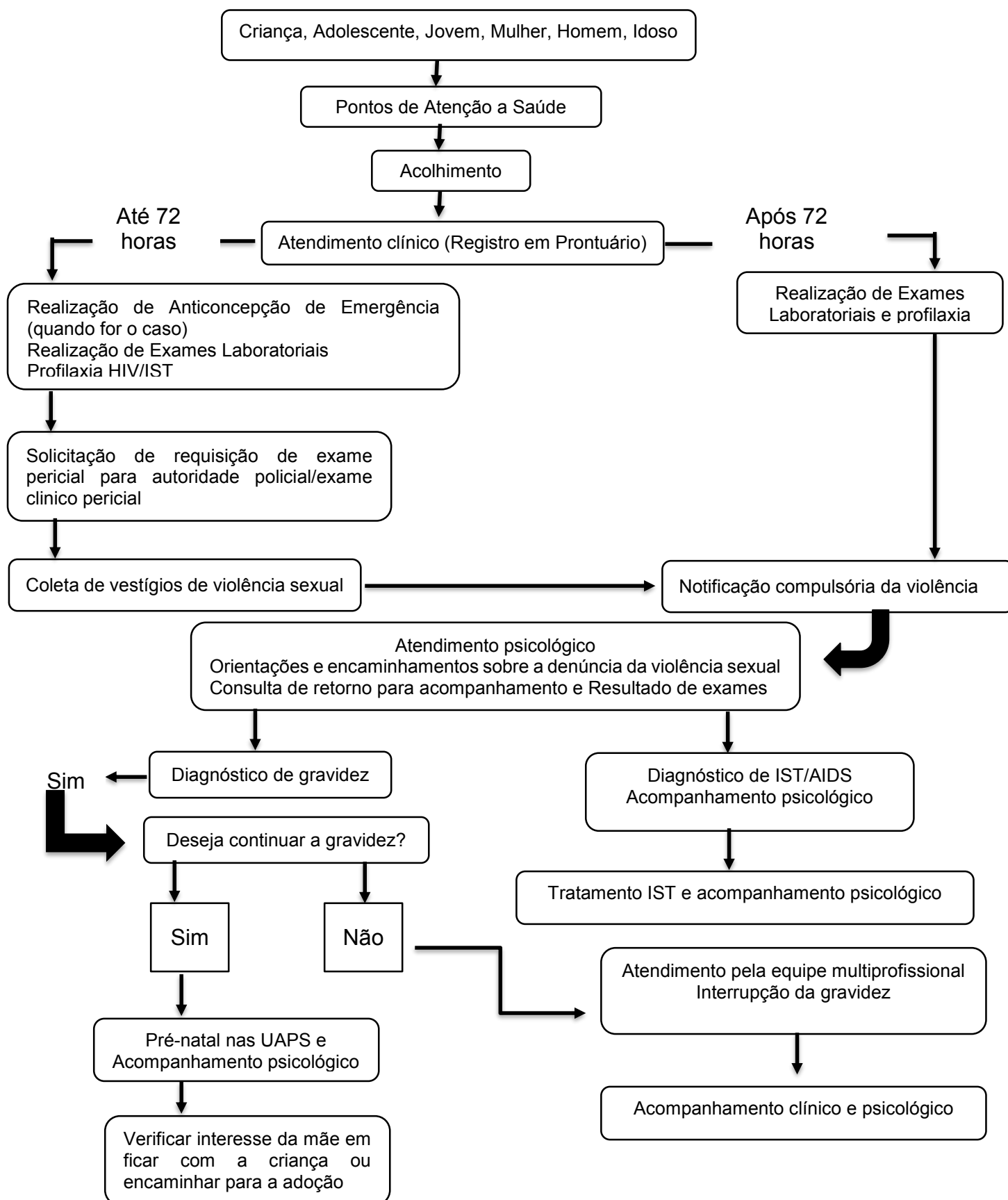
A equipe de saúde no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual deve viabilizar uma atenção oportuna e eficaz, segura e ética. Muitas vezes, a mulher se encontra fragilizada psicologicamente, necessitando de atendimento imediato, com solidariedade e respeito por parte da equipe, garantindo a necessária privacidade durante o atendimento, prestando os cuidados exigidos referente à queixa da mulher de forma imparcial e sem julgamentos (CURITIBA, 2008).

O acolhimento da pessoa em situação de violência deve permear todos os locais e momentos do processo de produção do cuidado, diferenciando-se da tradicional triagem. O acolhimento representa a primeira etapa do atendimento e nele são fundamentais: ética, privacidade, confidencialidade e sigilo (PARANÁ, 2017).

Mais recentemente, em 2018, a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA/PR) atualizou o protocolo, implementando um fluxograma de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual, figura 1.

³ Serviço de Referência: A maternidade do HC/UFPR é referência no atendimento a mulheres vítimas de violência sexual com idade a partir de 11 anos, 11 meses e 29 dias. Inferiores a essa idade, as vítimas são encaminhadas para o Hospital de Referência Pequeno Príncipe, na cidade de Curitiba/PR.

FIGURA 1 - ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL.



Fonte: Ministério da Saúde, 2015.; Sesa/PR, 2018.

Existem dois fluxos principais de atendimento, para aquelas vítimas que chegam com período igual ou menor de 72 horas do ocorrido a violência sexual e para aquelas vítimas de violência sexual acima de 72 horas.

No atendimento inicial realizado pela enfermeira no Pronto Atendimento Ginecológico e Obstétrico (PAGO), após o estabelecimento do vínculo e relação de confiança com a vítima, procura-se identificar por meio do acolhimento o tempo decorrido da agressão, realiza-se a classificação do risco através da triagem.

Quando a agressão for maior que 72 horas ou crônica, a enfermeira realiza o acolhimento da vítima e triagem com classificação do risco. Realiza-se o preenchimento da Ficha de Notificação da Violência Contra a Mulher. Posteriormente, encaminha para consulta médica, onde será solicitado os exames laboratoriais, a coleta é feita pela equipe de saúde. Providencia-se anticoncepcional de emergência e, após realizada a coleta e administração da pílula de emergência, a enfermeira comunica o serviço social. O agendamento para acompanhamento ambulatorial também é preconizado com atendimento psicológico e acompanhamento com infectologista.

Identificado o tempo de agressão, sendo esse inferior a 72 horas, inicia-se pela enfermeira o preenchimento da ficha de notificação compulsória, ressaltando a importância e objetivo desta notificação a vítima.

Solicita-se para a Delegacia da Mulher ou Delegacia da Regional da ocorrência da violência as guias para realização da perícia médica, via telefone e e-mail institucional. Em caso de 12 a 18 anos incompletos, as solicitações das guias são encaminhadas para o Núcleo de Proteção à Criança e ao Adolescente Vítimas de Crimes. Disponibilizadas as guias para exame pericial, solicita-se ao serviço do IML, um perito para realização do exame de corpo de delito, conforme escala disponibilizada previamente pela prefeitura de Curitiba/PR.

A enfermeira, após o acolhimento inicial e consulta de enfermagem, encaminha a vítima para consulta médica. O profissional médico realiza, neste primeiro atendimento, o exame clínico e ginecológico minucioso e solicita os exames laboratoriais, como mostra o Quadro 1, além de prescrever os medicamentos para a ocorrência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), Profilaxia Anti-HIV e gestação decorrente da violência (CURITIBA, 2008).

QUADRO 1 - EXAMES LABORATORIAIS

	Admissão	2 Semanas	6 Semanas	3 Meses	6 Meses
Conteúdo Vaginal					
Sífilis					
Anti-HIV					
Hepatite B (HbsAg)					
Hepatite C					
Hemograma, glicose, uréia, creatinina, TGO, TGP, bilirrubinas diretas e indiretas	Se uso profilático de medicação antirretroviral	Se uso profilático de medicação antirretroviral			
B HCG		Repetir Obs: Poderá ser realizado nas unidades de atenção primária de saúde			

Fonte: Ministério da Saúde, 2005.; Paraná ,2017.

Após o atendimento realizado pela equipe médica, caso a paciente esteja em jejum, é oferecida à vítima uma dieta com o objetivo de prevenção de náuseas e vômitos, disponibilizada pelo serviço de nutrição do hospital. Continuando o atendimento, é realizada pela equipe de saúde a coleta dos exames laboratoriais e a administração dos medicamentos conforme protocolo. Portanto, neste momento, são providenciadas a anticoncepção de emergência, a profilaxia para Infecções Sexualmente Transmissíveis, a profilaxia contra Hepatite B e a profilaxia anti-HIV.

A imunoprofilaxia contra a Hepatite B deve ser considerada nos casos em que haja suspeita ou confirmação de exposição da vítima ao sêmen, sangue ou outros fluídos corpóreos do agressor, pois pessoas com esquema vacinal completo não necessitam de reforço ou uso de imunoglobulina humana anti-hepatite B

(IGHAHB). Nos casos em que não haja contato com fluídos, o agressor seja vacinado ou use preservativo durante todo o ato de violência sexual ou nos casos de violência crônica, a imunoglobulina contra hepatite B não está recomendada. O início da profilaxia está indicado nos casos de dúvida, desconhecimento do estado vacinal ou esquema vacinal incompleto e não deve estar condicionado à coleta e análise dos exames. A primeira dose é realizada no primeiro atendimento e as doses subsequentes na unidade de saúde (PARANÁ, 2017).

Com o objetivo principal de desburocratizar e humanizar o atendimento pericial e da saúde às vítimas de violência sexual, o Instituto Médico Legal (IML), desde o ano de 2002, faz parte da Rede de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual de Curitiba e Região Metropolitana, pelo convênio firmado com a Secretaria Estadual de Saúde, a Secretaria de Segurança Pública do Estado do Paraná e a Prefeitura Municipal de Curitiba. O contato com o IML é realizado pela enfermeira, via telefone (CURITIBA, 2008).

As requisições dos exames periciais, para os laudos de conjunção carnal, ato libidinoso, lesões corporais e toxicológicos são enviados pela Delegacia da Mulher ou regional onde ocorreu o fato. A equipe de médicos do IML atende as vítimas que sofreram violência sexual até completar 72 horas de ocorrência. O atendimento é feito de forma sistematizada e os materiais, provas, são acondicionados em um kit de coleta hospitalar, sendo encaminhado para análise juntamente com uma amostra de exame laboratorial.

Compõem esse kit de coleta hospitalar os exames forenses, sendo o de sangue da pessoa agredida (para possível posterior confronto de DNA para dosagem alcoólica/toxicológica e B HCG para mulheres em idade fértil), urina para análise toxicológica, *swabs* para pesquisa de sangue, espermatozóide e PSA (antígeno prostático específico). Fazem parte também outros materiais que a análise pericial inclua durante o exame.

Subsequente a este atendimento é acionado o serviço social, que realiza todo apoio social ofertando um suporte e orientação quanto a Rede de Atenção à Saúde da Mulher.

No seguimento ambulatorial, o serviço de infectologista e acompanhamento psicológico são agendados na recepção neste primeiro atendimento. A adesão ao seguimento ambulatorial se configura mediante o comparecimento às quatro

consultas estabelecidas, à utilização dos medicamentos prescritos e à concordância com a realização dos exames previstos em protocolo (TRIGUEIRO, 2015).

Espera-se que, durante o primeiro mês após a agressão, a mulher deva ser acompanhada com uma frequência maior: uma consulta por semana, buscando fortalecer a adesão ao uso dos antirretrovirais. Essa prática é bastante frágil no hospital de estudo, por não haver uma agenda com a equipe de infectologistas e de psicologia que envolva todas vítimas. Na prática, o retorno da vítima no seguimento ambulatorial se torna tardio, sendo este baixo em relação aos outros serviços de referência no país. Mais estudos com implantação de práticas para aumentar a taxa de adesão dessas vítimas no acompanhamento ambulatorial são necessários.

Nos meses subsequentes, as consultas de acompanhamento devem ser focadas no exame clínico-ginecológico minucioso, que contemple a verificação de lesões, corrimentos e quadros clínicos sugestivos de DST e amenorréia compatível com gravidez. Essas consultas devem coincidir com as avaliações laboratoriais preconizadas: 2 semanas, 6 semanas, 3 meses e 6 meses após a agressão. A alta clínica será adotada após a negativa dos exames laboratoriais preconizados para serem realizados 6 meses após a data da agressão (PARANÁ, 2017).

Nos casos de gravidez decorrente da violência sexual, a avaliação do quadro é feita por equipe multiprofissional. Para facilitar a avaliação por parte do hospital, é de fundamental importância o registro em prontuário do relato de agressão, da data da ocorrência, de todos os achados clínicos e do estado emocional da vítima, o mais detalhado possível (CURITIBA, 2008). Caso a paciente refira o desejo de interromper a gravidez, esta é feita no hospital de estudo conforme Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde (MS/2007).

Semanalmente, uma enfermeira responsável realiza a tabulação dos atendimentos e o preenchimento em formulário eletrônico próprio para encaminhamento dos casos aos órgãos competentes.

A enfermeira tem importante papel na orientação da vítima quanto aos retornos para seguimento ambulatorial com a infectologista e serviço de psicologia, sendo assim ela faz o gerenciamento do contato.

3 MÉTODO

Este capítulo desenha o caminho trilhado para o alcance dos objetivos.

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa metodológica, que tem como foco o desenvolvimento, a avaliação e o aperfeiçoamento de instrumentos e estratégias que possam aprimorar metodologias (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). O propósito é elaborar, validar e avaliar os instrumentos e técnicas de pesquisa, tendo como método a elaboração de um instrumento confiável que possa ser utilizado posteriormente por outros pesquisadores, a fim de transformar o conhecimento construído em um formato palpável (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Neste estudo, utilizou-se o conhecimento teórico-científico para desenvolver uma ferramenta de acolhimento e acompanhamento a ser utilizada no atendimento às vítimas de violência sexual.

3.2 Cenário da pesquisa

A ferramenta foi construída considerando a realidade de trabalho da autora, que atua no Pronto Atendimento Ginecológico e Obstétrico (PAGO) e Ambulatório de Tocoginecologia (SAM/10) da Maternidade do Complexo Hospitalar de Clínicas, na cidade de Curitiba, Paraná.

O Hospital de Clínicas da UFPR (HC-UFPR), atualmente, é o maior hospital público do Paraná, o terceiro estabelecimento universitário federal do país de ensino público. É um hospital de atendimento terciário e quaternário, possui estrutura tecnológica e instrumental técnico para o atendimento de casos de alta complexidade e consultas especializadas, realizando exames avançados de diagnóstico e procedimentos cirúrgicos. Disponibiliza 100% dos seus leitos para o SUS. Como hospital-escola da UFPR, atua na formação de diversos profissionais da área da saúde. Em 2016, atuavam no HC-UFPR aproximadamente 3400 funcionários, 359 professores da saúde, 250 voluntários, 306 residentes de diversas

especialidades médicas e 76 residentes de áreas multiprofissionais, que incluem residentes de Enfermagem (UFPR, 2016).

O HC-UFPR tem 63.000 m² de área construída (além de setores que atendem em espaços fora do hospital — imóveis alugados ou pertencentes à UFPR, na região) por onde circulam diariamente, cerca de 11 mil pessoas. Os atendimentos são realizados em 220 consultórios que contemplam 59 especialidades. Em torno de 96 mil pacientes são atendidos mensalmente. A média de internações mensais é de 1.237 internações e 634 cirurgias/mês. O HC disponibiliza 493 leitos hospitalares e 60 leitos de UTI com uma média de permanência de ocupação do leito de 7,3 dias.

A maternidade do HC é localizada no anexo A e é composta por seis andares. No térreo, encontra-se o PAGO e SAM/10. No primeiro andar, localiza-se o centro obstétrico e ginecológico. No segundo andar, estão as instalações do alojamento conjunto. No terceiro andar, encontra-se a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI/NEO). No quarto andar, situa-se o Banco de Leite Humano (BLH). No quinto andar, localiza-se a ginecologia e por último, no sexto andar, estão as salas administrativas.

O PAGO é composto por uma sala de acolhimento, quatro consultórios, duas salas de ecografia, um posto de enfermagem, uma sala de observação, uma sala de cardiotocografia e um expurgo. Em média são atendidas 823 gestantes e 249 pacientes com queixas ginecológicas ao mês. No HC-UFPR, entre 2010 e 2015 foram atendidos 2943 casos de violência contra a mulher, totalizando 1678 casos relacionados a violência sexual (KANGUSSU, 2018).

O ambulatório de tocoginecologia realiza atendimentos no período diurno e subdivide-se em duas áreas: o pré-natal e a ginecologia. A área de atendimento ao pré-natal é composta por cinco consultórios, um posto de enfermagem e uma sala de cardiotocografia. A área de atendimento à ginecologia é composta por seis consultórios, sendo a sexta sala designada para os atendimentos às vítimas de violência sexual. O ambulatório dispõe de um expurgo e banheiro masculino e feminino para atendimento ao público.

O atendimento às vítimas de violência sexual no HC-UFPR iniciou-se a partir de 1997. A partir de 2002, a equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba começa a atuar em conjunto com a equipe do ambulatório, o que ocasionou uma

grande evolução no atendimento, culminando com a participação do Instituto Médico Legal (IML) atendendo na própria maternidade. Ao longo do tempo o serviço ficou conhecido e tem servido como referência de atendimento nos casos de violência sexual, de pessoas maiores de 12 anos, residentes no município e região metropolitana.

Em 2015, a Secretaria Estadual de Saúde, juntamente com a Secretaria Estadual de Segurança Pública lançou um Protocolo para atendimento às pessoas em situação de violência sexual. Na construção desse protocolo, houve participação ativa da equipe do PAGO, visando o atendimento organizado e estruturado em todo estado paranaense. O HC é um dos pioneiros no Paraná a prestar assistência nos casos de gravidez decorrentes de estupro (aborto legal, pré-natal e processo de doação), sendo referência no estado, com o objetivo de promover recuperação física, psicológica e social da mulher (ANDRADE, 2017).

A equipe multiprofissional é composta por enfermeiras, médicas(os) ginecologistas, residentes de medicina em ginecologia e obstetrícia, infectologistas, assistente sociais e psicólogas (TABELAS 1 e 2). O fluxo de atendimento se dá pelo acolhimento da vítima no pronto atendimento ginecológico e obstétrico, encaminhada de outros serviços, ou por demanda espontânea, com queixa de violência sexual.

TABELA 1 - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO PRONTO ATENDIMENTO GINECOLÓGICO E OBSTÉTRICO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS (PAGO/HC).

Função	Quantitativo por turno
Enfermeira*	2
Técnicos de enfermagem**	4
Médica (o) Ginecologista e Obstetra***	1
Residente em Ginecologia e Obstetrícia	1
Serviço Social****	1
Secretária*****	2

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

* (No período noturno, a escala é composta por uma enfermeira);

** (No período noturno, a escala é composta por dois técnicos de enfermagem);

*** (No período noturno, o médico responsável pelo plantão fica de sobreaviso no Centro Obstétrico);

**** (No período noturno e fins de semana a escala é composta por plantonistas no anexo B).

***** (No período noturno a escala é composta por uma secretária).

A equipe multiprofissional que atende o ambulatório de tocoginecologia é composta por enfermeiras, técnico de enfermagem, residentes em medicina, médicas (os) ginecologistas e obstetras, psicólogo, serviço social e médica infectologista, conforme descrito na TABELA 6.

TABELA 2 - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO AMBULATÓRIO DE TOCOGINECOLOGIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS (SAM10/HC).

Função	Quantitativo por turno
Enfermeira*	2
Técnicos de enfermagem	6
Médica (o) Ginecologista e Obstetra	2
Residente em Ginecologia e Obstetrícia	2
Serviço Social	1
Secretária	1
Psicólogo	1
Médica Infectologista	1

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

* (No período vespertino não há enfermeira).

No atendimento às vítimas de violência sexual, a equipe do ambulatório definiu que o atendimento da médica infectologista ocorre às terças e quartas-feiras pela manhã. O atendimento com psicólogo é realizado às segundas, terças e quartas-feiras pela manhã e quinta no período da tarde.

3.3 Aspectos éticos

Este trabalho faz parte do projeto “Atendimento às Vítimas de Violência contra a mulher: uma proposta de intervenção”, ainda em processo de avaliação de registro no Conselho Nacional de Saúde (CNS). Considerando que o objetivo deste trabalho se relaciona com a criação de uma ferramenta de cuidado multiprofissional, sendo constituído de levantamento de um arcabouço teórico e elaboração de conteúdo, sendo também constituído a partir de dados públicos, foi possível desenvolvê-lo antes do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa. Ainda assim, todos os aspectos éticos previstos na Resolução nº 466/2012 e Resolução nº 510, de 02 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram considerados.

3.4 Etapas do estudo

Neste subitem serão apresentadas as principais etapas para a construção da ferramenta. Por se tratar de uma pesquisa metodológica, a discussão sobre o método utilizado, facilidades, dificuldades, potencialidades, fazem parte dos resultados do estudo, e serão abordadas na apresentação e discussão.

3.4.1 Arcabouço teórico

A construção de um arcabouço teórico é uma etapa importante para sustentar a elaboração de uma ferramenta que atenda às necessidades do serviço com base no conhecimento científico existente. Nesta pesquisa, optou-se por uma revisão integrativa de literatura.

A revisão integrativa permite gerar uma fonte de conhecimento atual sobre o problema e determinar se um conhecimento é válido para ser transferido para a prática. A revisão deve seguir padrões de rigor metodológico, que possibilitam ao leitor identificar as características dos estudos analisados e oferece subsídios para o avanço da enfermagem (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Foram seguidas seis fases propostas por Souza, Silva & Carvalho (2010): 1 - Definição da pesquisa norteadora; 2 - Busca ou amostragem na literatura; 3 - Coleta de dados; 4 - Análise e crítica dos estudos incluídos; 5 - Discussão dos resultados e 6 - Apresentação da revisão integrativa:

- 1) Definição da pesquisa norteadora: define os estudos que são incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada estudo selecionado. A pergunta norteadora da pesquisa foi *“Como é realizada a assistência de Enfermagem à mulheres em situação de violência sexual?”*
- 2) Busca ou amostragem na literatura: deve ser ampla a ponto de contemplar uma amostra que garanta uma representação significativa diante da pergunta norteadora. Vale ressaltar que os critérios da amostra imprimem a fidelidade e confiabilidade dos resultados (SOUSA *et al.*, 2010).

Para a elaboração da revisão integrativa, aplicou-se a estratégia PICO, apresentada na TABELA 3, utilizada para construir questões de pesquisa de

naturezas diversas, oriundas da clínica, do gerenciamento de recursos humanos e materiais, da busca de instrumentos para avaliação de sintomas entre outras.

TABELA 3 – Descrição da estratégia PICO

Acrônimo	Definição	Descrição
P	População	Mulheres em situação de violência sexual
I	Intervenção	Atuação do enfermeiro frente a situação de violência sexual
C	Comparação	Entre mulheres em situação de violência sexual em diferentes locais do país
O	Desfecho	Mulheres que buscaram ajuda e obtiveram alguma forma de atendimento

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

O levantamento foi feito no primeiro semestre de 2020 e as bases bibliográficas consultadas foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) (<http://lilacs.bvsalud.org>); MEDLINE via PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>); Scientific Electronic Library Online (SciELO) (<http://scielo.org>); Biblioteca Digital de Enfermagem (BDENF) (<http://bvsenfermeria.bvsalud.org/pt/brasil/>), CINAHL (<http://web-a-ebscohost.periodicos.capes.gov.br>) e Web Of Science (<https://www.scopus.com>).

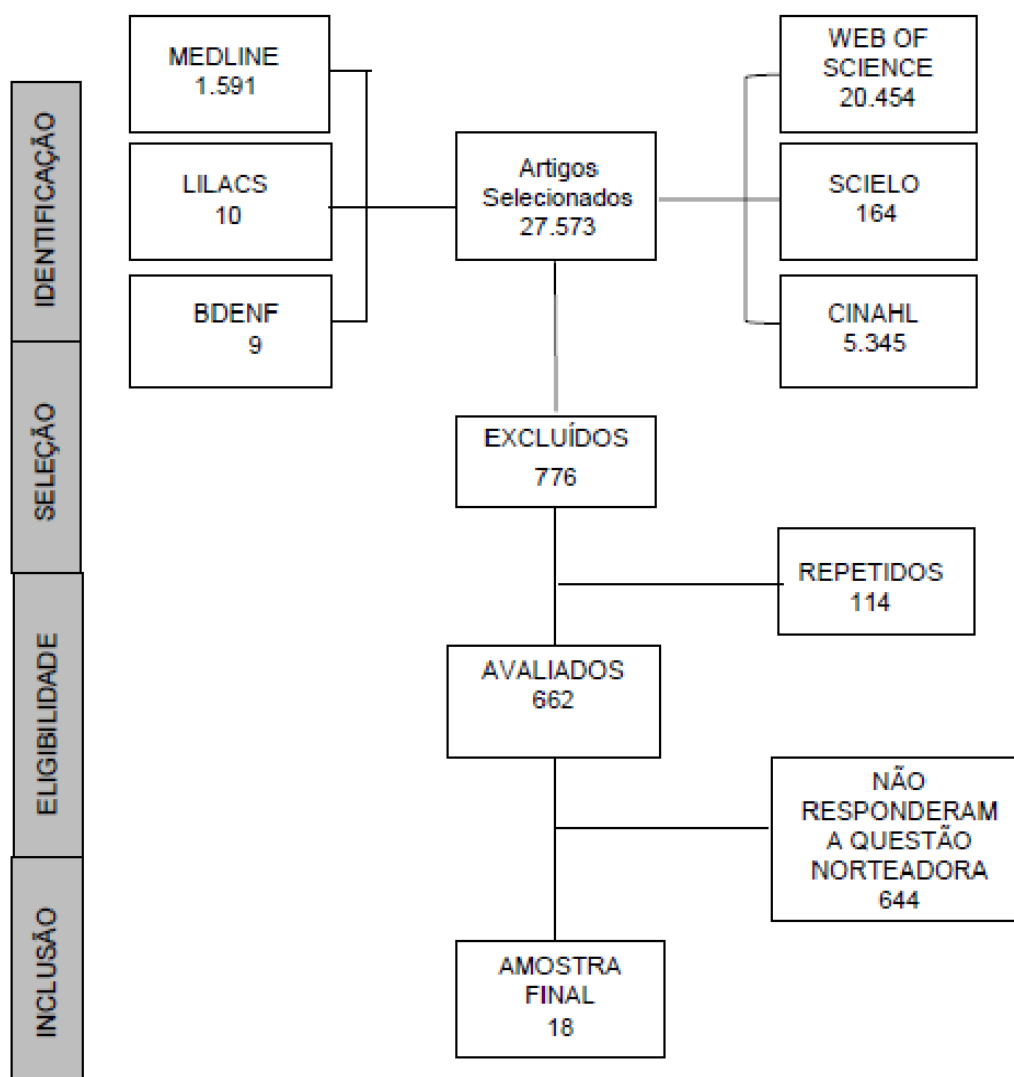
Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), ou *Medical Subject Headings* (MeSH) aplicados em língua portuguesa, foram: Delitos Sexuais; Violência contra a mulher; Saúde da Mulher e Assistência de Enfermagem. E, em inglês: “Sex Offenses” (DeCS e MeSH), *Violence Against Women* (DeCS), *Women’s Health* (DeCS e MeSH), *Nursing Care* (DeCS e MeSH).

Os seguintes critérios de inclusão foram adotados: publicações que abordassem como temática assistência de enfermagem às vítimas de violência sexual, publicadas entre 2008 e 2020, disponíveis integralmente em versão *online* em português ou espanhol e que respondessem à pergunta norteadora. A escolha pelo período de busca se deu pela publicação do primeiro Manual de Atenção à Mulher em Situação de Violência no ano 2008. Foram excluídos artigos incompletos ou com apenas o resumo disponível; que tratassem de violência em outras populações que não as mulheres; textos integrais *online* nos formatos de tese,

dissertação, cartas ao editor e revisão de literatura; artigos duplicados e artigos que não respondiam à pergunta norteadora.

A busca nos bancos de dados Medline, Lilacs, BDENF, Cinahl e Web of Science revelou 27.573 artigos, após utilização dos critérios de inclusão e exclusão, foram reduzidos para 776 artigos. Foram removidos por duplicação nas bases de dados 114 estudos. Após exclusão dos artigos duplicados, a amostra resultava em 662 artigos. Após leitura detalhada do título, resumo e resultados dos estudos, foram excluídos por não responderem a pergunta norteadora e/ou fuga ao tema 644 estudos. Fizeram parte da amostra final um total de 18 estudos Figura 2.

FIGURA 2 - SELEÇÃO DOS ESTUDOS QUE COMPUSERAM A REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL, DE 2008 A 2020.



Fonte: Elaborado pela autora, baseado no Prisma (2020).

Após aprofundamento da leitura, houve leitura crítica das publicações, a fim de reunir o conteúdo de forma descritiva, elaborando categorias temáticas dos assuntos encontrados para construção da ferramenta de acolhimento. A triagem foi realizada mediante fichamento dos textos.

Portanto, após a exclusão dos estudos duplicados, os títulos e resumos foram lidos pelos avaliadores separadamente e, quando considerados adequados ao tema da revisão, os artigos foram lidos na íntegra. As eventuais discordâncias quanto à inclusão ou exclusão foram analisadas e resolvidas para a inclusão do estudo na amostra final.

- 3) Coleta de dados: devem contemplar a definição dos sujeitos, a metodologia, o tamanho da amostra, a mensuração de variáveis, o método de análise e os conceitos utilizados que embasaram o estudo (SOUSA, *et al* 2010).

Visando a sistematização, os autores utilizaram um instrumento para coleta de dados validado por Ursi (2005), referentes a autoria, título do artigo, periódico, país de origem do estudo, ano, idioma, objetivo, delineamento e referencial teórico, participantes e principais resultados relativos à assistência de enfermagem.

- 4) Análise e crítica dos estudos incluídos: os estudos selecionados foram analisados e criticados, considerando o rigor e as características dos mesmos, visando encontrar os principais achados e as contribuições em relação à prática assistencial das enfermeiras (os) no enfrentamento da violência sexual contra a mulher.

- 5) Discussão dos resultados: procedemos à comparação dos dados através dos achados de outros autores na literatura, realizando o cruzamento dos estudos, com delimitações das conclusões e auxiliando o campo para pesquisas futuras, salientando as inferências das pesquisadoras (SOUSA, *et al* 2010).

- 6) Apresentação da revisão integrativa: esta fase deve ser clara e completa para o leitor avaliar a criticidade dos resultados encontrados, os dados são organizados em tabelas e figuras a fim de facilitar a comparação com todos os estudos selecionados (SOUSA, *et al* 2010).

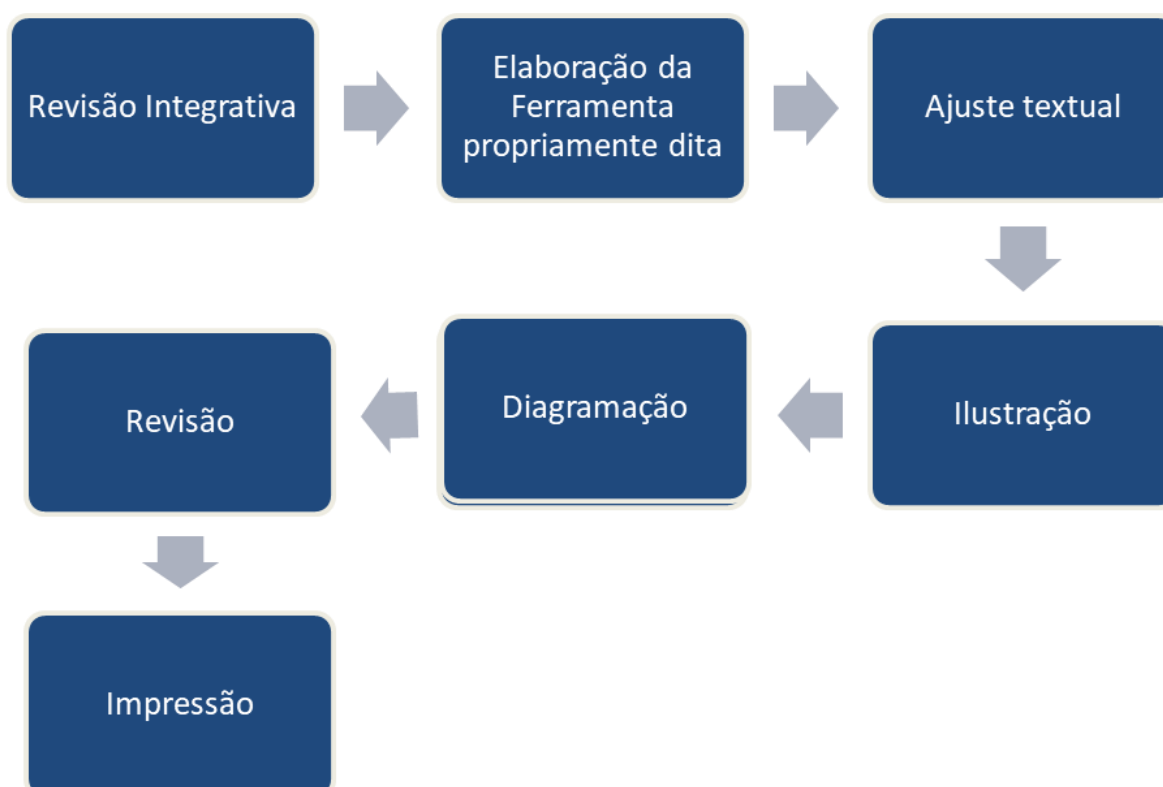
Nesse estudo de revisão integrativa, foi utilizado como diretriz para redação do manuscrito o Prisma (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) para qualificação dos resultados.

Os resultados da revisão integrativa serão apresentados no próximo capítulo. Após a conclusão dessa etapa, partiu-se para a elaboração da ferramenta propriamente dita.

3.4.2 Elaboração da ferramenta

A construção da ferramenta está esquematizada no FIGURA 3.

FIGURA 3 – FLUXOGRAMA DAS ETAPAS DE CONSTRUÇÃO DA FERRAMENTA.



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Para a elaboração da FAAA, foram utilizados de forma adaptada os critérios de Moreira, Nóbrega e Silva (2003) que descrevem aspectos relacionados à linguagem, à ilustração e ao *layout* a serem considerados na elaboração de materiais educativos impressos, de modo a torná-los legíveis, compreensíveis, eficazes e culturalmente relevantes.

Considerando todos os aspectos que envolvem a construção da ferramenta, Vanoye (1998) refere que:

o vocabulário utilizado deve ser coerente com a mensagem e com o público alvo. Deve ainda ser convidativo, de fácil leitura e entendimento. Fatores como o uso freqüente de polissílabos, termos raros, terminologia técnica, palavras de formação complexa, dificultam a leitura, a legibilidade e a compreensão do texto. Alguns fatores para a elaboração de uma mensagem simples em que se pretenda eficácia e rapidez de compreensão e ampla difusão devem ser observados: a nitidez e precisão dos caracteres; a separação clara entre palavras, linhas e parágrafos; as palavras devem ser curtas, conhecidas e de formação simples, pois as palavras longas exigem esforço de decodificação; as palavras novas e termos raros se impõem com dificuldade e as palavras compostas dificultam a legibilidade; a redundância (repetição de palavras importantes) é um fator facilitador da compreensão; o texto deve ser estruturado de forma que as frases estejam nitidamente articuladas, as palavras gramaticalmente (inter)dependentes sejam colocadas próximas umas das outras, as palavras mais importantes para compreensão da mensagem sejam colocadas preferencialmente na primeira metade da frase ou proposição e a estrutura da frase seja conhecida evitando-se sintaxe rebuscada. Deve-se ainda, atentar para a quantidade de informação contida no material, considerando-se sempre que mais informação não significa melhor informação (VANOYE, 1998 apud MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003, p. 185).

Define-se material educativo impresso como folhetos, panfletos, folder e livreto, cuja proposta é proporcionar informação sobre promoção da saúde, prevenção de doenças, modalidades de tratamento e autocuidado. O material escrito para o paciente deve, claramente, comunicar a ideia para assegurar-lhe o entendimento e evitar mal-entendidos que possam determinar conceitos e ações inapropriadas, além de ser um instrumento que facilita o processo educativo, uma vez que permite ao leitor, destinatário da comunicação, uma leitura posterior, possibilitando-lhe a superação de eventuais dificuldades através do processo de decodificação e de memorização (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA 2003).

Ressalta-se a importância da ilustração (desenhos, imagens, fotografias, símbolos) para a legibilidade e compreensão de um texto. As ilustrações despertam e mantêm o interesse da leitora pela leitura, complementam e reforçam a informação. Assim como, deve permitir que as pessoas se identifiquem com a FAAA. O *layout* e o *design* tornam o material mais fácil de ser lido e mais atraente para a leitora (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

Para trabalhar a parte gráfica, contratou-se a Júnior Design, uma empresa júnior da UFPR. Fundada em 1999, esta empresa conta com uma equipe de projetistas, alunas de Design Gráfico da Universidade Federal do Paraná (UFPR). As ilustrações foram feitas de forma manual e, posteriormente transferidas e trabalhadas nos programas *Adobe Illustrator*, *Adobe InDesign* e *Adobe Color*.

Como forma de registrar a construção da FAAA criou-se um diário de campo (APÊNDICE B) para anotação das impressões, tomadas de decisão, resultados obtidos e dificuldades enfrentadas.

Para Lewgoy e Arruda (2004, p. 123-124), o diário de campo consiste em um instrumento capaz de possibilitar “o exercício acadêmico na busca da identidade profissional” à medida que, através de aproximações sucessivas e críticas, pode-se realizar uma “reflexão da ação profissional cotidiana, revendo seus limites e desafios”. É um documento que apresenta tanto um “caráter descritivo-analítico”, como também um caráter “investigativo e de sínteses cada vez mais provisórias e reflexivas”, ou seja, consiste em “uma fonte inesgotável de construção, desconstrução e reconstrução do conhecimento profissional e do agir através de registros quantitativos e qualitativos”.

Diante das dificuldades impostas durante a pandemia de COVID – 19, foi necessário adaptar a forma de encontros e discussões para a produção da FAAA, sendo realizado, ao todo, oito encontros. O primeiro encontro foi possível acontecer presencialmente, no bloco didático II do *campus* Botânico. Neste dia houve apresentação do projeto e da proposta de elaboração da ferramenta para a Empresa Júnior. Posteriormente, ocorreram quatro encontros virtuais por meio da plataforma Google *Meet*, além da discussão no grupo de comunicação criado para este fim.

Entendendo a importância daquilo que é chamado “lugar de fala” ou “pertencimento”, toda a equipe envolvida (pesquisadoras, ilustradoras e revisora de texto) foi composta por mulheres.

Sendo assim, a ideia de lugar de fala tem como objetivo oferecer visibilidade a sujeitos cujos pensamentos foram desconsiderados durante muito tempo. Dessa forma, ao tratarmos de assuntos específicos a um grupo, como a violência sexual contra mulheres, as mulheres possuem, respectivamente, lugar de fala. Isto é, podem oferecer uma visão que homens podem não ter (CERINO, 2018). Desse modo, no decorrer das reuniões foi oportunizado o “lugar de fala” com o objetivo de abrir espaço de diálogo para toda a equipe envolvida, apresentado no Apêndice B – Diário de Campo.

No “lugar de fala” não há silenciamento de vozes. Traz uma liberdade para cada grupo se reconhecer e entender em qual espaço se encontra, conforme o

processo de organização, e falar com propriedade a partir dele. O lugar de fala é rico nisso, porque ele não está dentro de um livro, ele está no que o indivíduo carrega todo dia, na violência sofrida ou na experiência vivida (CERINO, 2018).

4 RESULTADOS - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados considerando a sequência das etapas do estudo. Apresentaremos a revisão integrativa, o diário de campo e a elaboração da ferramenta intitulada “Ferramenta de Apoio para Acolhimento e Acompanhamento de mulheres vítimas de violência sexual” composta pela elaboração textual e pela construção do design, subdividida em etapas de confecção de estilo gráfico, ilustrações, infografia, refinamento e diagramação de conteúdo e aparência da ferramenta.

4.1 Fase 1 do estudo: Revisão integrativa

Das 18 publicações incluídas na amostra, os artigos mais antigos são de 2008. Quatro artigos foram publicados em 2015, três artigos nos anos de 2020, 2018, 2010 e 2008 (em cada ano) e um nos anos 2012 e 2009 (em cada ano), conforme apresentado no QUADRO 2.

QUADRO 2 - SÍNTESE DOS ARTIGOS SELECIONADOS NAS BASES DE DADOS (N=18).

Ano	Título do Artigo	Autores	Periódico (volume, ano, página)	Temáticas/Considerações
2020	Formação profissional e violência sexual contra a mulher: desafios para a graduação em enfermagem	Aguiar, F.A.R. Silva, R.M. Bezerra, I.C. Vieira, L.J.E.S. Cavalcanti, L.F. Junior, A.L.F.	Esc Ana Nery, v. 24, p. 01 - 10	Propõem ações educativas potencializando a desconstrução da cultura de subordinação feminina
2020	Desafios para implantação da cadeia de custódia para as vítimas de estupro no Distrito Federal	Arrais, A. Zerbini, E.C. Jota, F.S.S.V.B.O. Almeida, R.R.M. Costa, A.R.C. Silva, K.T.	Esc Ana Nery, v.24, p. 01 - 08	Sugere-se uma atuação colaborativa entre médicos e enfermeiros, tendo a enfermagem como epicentro desse processo.

2020	A percepção da vítima de violência sexual quanto ao acolhimento em um hospital de referência no Paraná	Batistetti, L.T. Lima, M.C.D. Souza, S.R.R.K.S.	R. pesq.: cuid. fundam. online v. 12, Rio de Janeiro, p. 169 - 175	Atendimento foi reconhecido como positivo pelas mulheres e gerador de sentimentos de proteção e acolhimento.
2018	Qualificação de Profissionais da saúde para a atenção às mulheres em situação de violência sexual	Moreira, G.A.R. Freitas, K.M. Cavalcanti, L.F. Vieira LJES Silva RM	Trab. Educ. Saúde, v.16, Rio de Janeiro, p. 1039 - 1055	Tais medidas podem viabilizar um entendimento crítico sobre o fenômeno, contribuindo para implementar intervenções diferenciadas
2018	Atuação da Enfermagem na conservação da saúde de mulheres em situação de violência	Netto, L.A. Pereira, E.R. Tavares, J.M.A.B. Ferreira, D.C. Broca, P.V.	Rev Min Enferm, v. 22, Minas Gerais, p. 01 - 07	O cuidado precisa possibilitar conservação de energia, por meio da atenção integral às mulheres, e não apenas focado na violência.
2018	Intencionalidade da ação de Cuidar mulheres em situação de violência: contribuições para a Enfermagem e Saúde	Cortes, L.F. Padoin, S.M.M.	Esc Anna Nery, v. 20, n. 4, Out-Dez.	O típico da ação revela a premência de se ampliar o foco do cuidado para o sujeito em sua situação biográfica singular.
2015	Violência sexual contra mulheres: a prática de enfermeiros	Baptista, R.S, Chaves, O.B.B.M. França, I.S.X. Souza, F.S. Oliveira, M.G. Leite, C.C.S.	Rev Rene v. 16, São Paulo, p. 210 – 217	Há necessidade de treinamento em serviço e divulgação de material didático/informativo.
2015	Reflexão sobre o papel do enfermeiro e a importância dos serviços de saúde no atendimento a mulher vitimada pela violência	Soares, B.L. Sailer, G.C. Moraes, J.C.C.A. Cardoso, L. Panini. M.M. Preto, V.A.	Rev enferm UFPE on line, v. 9, Recife, p. 9593 - 9600	Faz-se necessária educação permanente dos profissionais sobre a temática.
2015	Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual	Sousa, M.H. Bento, S.F. Osis, M.J.D. Ribeiro, M.P. Faundes, A.	Rev Bras Epidemiol v.18, p. 94 - 107	Foi identificado que os enfermeiros têm forte atuação nas notificações.
2015	Vivência de (des)acolhimento	Barros, L.A. Albuquerque,	Rev Escola de Enfermagem	As mulheres avaliaram positivamente o serviço. No

	por mulheres vítimas de estupro que buscam os serviços de saúde	M.C.S. Gomes, N.P. Riscado, J.L.S.	USP v. 49, Alagoas, p. 193 - 200	entanto, há infraestrutura inadequada e recursos humanos insuficientes.
2012	Violência de gênero na percepção das gestoras do serviço de apoio a mulher.	Vasconcelos, T.B. Nery, I.S. Ferreira, M.T.A. Canuto, M.A.O.	Rev enferm UFPE on line. V. 6, Pernambuco, p.2356 - 2363	Verificou-se também a necessidade de uma mudança cultural da sociedade.
2010	Atendimento de enfermagem às mulheres que sofrem violência sexual	Reis, M.J. Lopes, M.H.B.M. Higa, R. Bedone, A.J.	Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.18, n.4, jul-ago.	O atendimento de enfermagem imediato/urgência foi adequado, e seguiu os passos do processo de enfermagem.
2010	Vivências de enfermeiros na assistência à mulher vítima de violência sexual	Reis, M.J. Lopes, M.H.B.M. Higa, R. Turato, E.R. Chvatal, V.L.S. Bedone, A.J.	Rev Saúde Pública v. 44, n.2, p.325-31	A percepção de alívio pelo dever cumprido e a satisfação pessoal dos enfermeiros em ter ajudado essas mulheres parecem se sobrepôr aos demais sentimentos, como forma de gratificação.
2010	O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual	Moraes, S.C.R.V. Monteiro, C.F.S. Rocha, S.S.	Texto Contexto Enferm, v. 19, Florianópolis, p. 155 - 160	O cuidar ainda é entrado no modelo tecnicista, devendo ser ampliado para uma ação acolhedora e humana.
2009	Mulheres vitimadas sexualmente – perfil sociodemográfico e análise do atendimento em um centro de referência	Ramos, C.R.A. Medicci, V.P.G. Puccia, M.I.R.	Rev Inst Ciênc Saúde v. 27, n. 1, p. 22-7	Entende-se que a inserção do enfermeiro na equipe de referência deverá contribuir significativamente na qualificação da assistência às vítimas de violência sexual.
2008	Conhecimento dos enfermeiros sobre o Serviço de Atenção às Mulheres Vítimas de Violência Sexual	Monteiro, C.F.S. Moraes, S.C.R.V. Ferreira, M.T.A. Carvalho, R.X.C. Canuto, M.A.O. Moreira, I.C.C.C.	Rev Bras Enferm, Brasília jul-ago; v. 61, n. 4, p. 454-8.	Conclui-se da necessidade de divulgação do serviço, das propostas de organização e do papel do enfermeiro.
2008	Assistência à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade de Taubaté	Faria, A.L. Araújo, C.A.A. Baptista, V.H.	Rev. Eletr. Enf, v. 10, Goiás, p. 1138 - 1143	Acredita-se num processo de transformação de profissionais.
2008	Atendimento à Mulher vítima de violência sexual: Protocolo de Assistência de	Higa, R. Mondaca, A.D.C.A. Reis, M.J. Lopes, M.H.B.M.	Rev Esc Enferm USP v. 42, São Paulo, p. 377 - 382	O protocolo de enfermagem tem proporcionado à cliente um atendimento integral e humanizado.

	Enfermagem			
--	------------	--	--	--

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

A análise do conjunto de artigos revelou três categorias temáticas, sendo elas: a abordagem da temática na graduação em enfermagem; a atuação da enfermeira no enfrentamento da violência sexual contra a mulher e a terceira categoria aborda a educação permanente e qualificação profissional da equipe de enfermagem.

A revisão integrativa evidenciou que a assistência de Enfermagem tem papel crucial, sendo importante torná-la centro do processo de acolhimento e de escuta qualificada, a fim de garantir um ambiente harmonioso onde a mulher possa estabelecer confiança com a enfermeira. A arte do acolher é apontada como recurso para mudanças, para ressignificação dessa mulher frente a violência imposta. Os artigos também trazem a necessidade de um novo olhar para a parte psicológica e emocional, não abordando somente aspectos do modelo tradicional biomédico. Além disso, a literatura abordou a preocupação de estudiosos quanto a implementação de estratégias para melhorar a continuidade do cuidado, principalmente no que se refere ao seguimento ambulatorial da mulher vítima de violência sexual.

4.1.1 A abordagem da temática violência sexual contra a mulher pelas instituições de saúde.

Verificou-se que a temática violência sexual contra a mulher é pouco reconhecida como parte integrante dos conteúdos de disciplinas ofertadas nos cursos de graduação na área da saúde (AGUIAR, *et al.* 2020).

Lacunas sobre concepções teóricas e estratégias operacionais, decorrentes das abordagens superficiais na formação acadêmica foram encontrados em estudo (MOREIRA, *et al.* 2018). Reforçando ainda que essa escassez na formação acadêmica, de preparação voltada para a questão se traduz em uma atuação profissional despreparada e incompleta diante dos casos de violência sexual.

É imprescindível refletir se as universidades estão preparando profissionais de saúde com essa perspectiva de atendimento integral do sujeito ou se ainda estão promovendo formações focadas apenas nas doenças e não incluem os agravos não

transmissíveis, onde se inserem os casos de violência sexual (FERRANTE; SANTOS; VIEIRA, 2009).

Reforçando a ideia da ausência dos assuntos na graduação, pesquisas nacionais e internacionais destacam o baixo percentual de estudantes de enfermagem que tiveram aula sobre o assunto durante a graduação. Esses estudos também demonstram a ausência de abordagem acerca dos protocolos de atendimento e as fragilidades no tocante à habilidade para manejar os casos (ROSA, *et al.* 2010).

Há assim uma evidente necessidade de adequar a formação dos profissionais de saúde para o acolhimento da vítima e para o reconhecimento dos sinais de violência. Esses casos devem ser tratados de maneira especial, o que exige profissionais capacitados para melhor compreendê-los (BRASIL, 2010). O preparo rigoroso do profissional é de extrema importância para a identificação do ocorrido, considerando que os profissionais de saúde representam, por muitas vezes, a única referência para as mulheres em situação de violência (HASSE; VIEIRA 2014).

Diante da premissa do modelo biológico, em detrimento dos preceitos da integralidade, pondera-se a necessidade de qualificação da formação profissional com foco nos interesses sociais e de saúde da população. Para isso é, importante assegurar a inserção da temática violência de gênero e suas diferentes expressões no currículo mínimo, baseado nas necessidades da comunidade, reconhecendo que as universidades têm um papel importante para ampliar a discussão nos espaços acadêmicos, e possibilitando a compreensão da construção desigual entre os gêneros (BEZERRA, *et al.* 2016).

Como estratégia para superar os problemas encontrados nos cursos de graduação, propõem-se incorporar o conteúdo de violência contra a mulher de forma transversal em todas as disciplinas, desde o início da graduação. Acrescenta-se a isso, a necessidade de disseminar orientações sobre as leis, os serviços existentes e a rede de proteção e apoio nas comunidades, por meio das atividades de extensão, módulos de prática e exercício profissional, empoderando as mulheres para desconstruir as desigualdades de gênero (AGUIAR, *et al.* 2020).

4.1.2 O papel da enfermeira (o) no atendimento às mulheres vitimadas pela violência sexual – a luz da sua prática profissional.

A Portaria Interministerial nº 288/2015 de 25 de março de 2015, prevê que o atendimento na emergência à criança e à mulher vítima de violência sexual seja realizado por equipe própria e capacitada, que deverá ser composta por médico ginecologista, enfermeiro, psicólogo e assistente social (BRASIL, 2015).

Nessa equipe multiprofissional, a enfermagem assume uma posição estratégica na identificação das vítimas, pois mulheres em situação de violência procuram com maior frequência os serviços de saúde, uma busca, muitas vezes, mascarada por outros sintomas (VASCONCELOS, *et al.* 2012). Portanto, a enfermeira por estar 24 horas no serviço de saúde é considerada indubitável para atuar no enfrentamento da violência sexual contra a mulher.

Em estudos que refletem a atuação do enfermeiro (a) à luz de sua prática profissional, a atuação da equipe de enfermagem é percebida como ampla e complexa, abrangendo a participação no diagnóstico, tratamento dos agravos resultantes da violência e atuação nas ações educativas (orientação e encaminhamento) (SOUTO, *et al.* 2010). Além destas atividades citadas anteriormente, a equipe de enfermagem se destacou consideravelmente se comparada a outras especialidades envolvidas no atendimento, atuando no acolhimento, classificação de risco, ministração das medicações e preenchimento de notificação compulsória (ARRAIS, *et al.* 2020; SOUTO *et al.* 2010).

O enfermeiro (a) tem como papel fundamental o acolhimento às vítimas, pois trata-se de uma profissão comprometida com a saúde e com a qualidade de vida. Além disso, o enfermeiro (a) é agente educador em saúde e formador de opinião devendo, portanto, integrar suas atividades à realidade sociocultural e incorporar aspectos inerentes à sociedade em um processo voltado para as transformações sociais (VASCONCELOS, *et al.* 2012).

No atendimento imediato, a enfermagem além de acolher as demandas da pessoa vitimizada, deve explicar os riscos e os tratamentos disponíveis para gravidez e para infecções sexualmente transmissíveis, realizar minucioso exame físico e psicológico, desenvolver o processo de enfermagem e preparar a vítima

para consulta médica. Após isso proceder, o profissional deve realizar a administração dos medicamentos prescritos, orientar sobre a indicação e possíveis efeitos colaterais dos mesmos, coletar material para exames, prestar os cuidados quanto às lesões e orientar o autocuidado nas semanas sequenciais, acolher e orientar familiares e/ou acompanhantes ao apoio da vítima; registrar e auxiliar a guarda de provas da violência sofrida, proceder aos encaminhamentos que se fizerem necessários. No caso de internação e aborto legal, a enfermeira deve realizar o exame físico, no momento da evolução da cliente, a cada 24 horas (HIGA, *et al.* 2008)

A atitude acolhedora na relação enfermeiro-cliente, postura compreensiva e neutra, atenção individualizada, confiança, estabelecimento de empatia e credibilidade no profissional, respeito à privacidade e, principalmente, compreensão das informações são grandes aliados para a melhora da adesão. Experiências exitosas foram destacadas em um estudo sobre a adesão à Profilaxia Pós Exposição (PEP) ao HIV em vítimas de violência sexual. Três intervenções foram identificadas como estatisticamente significativas para melhorar a adesão: o aconselhamento por telefone, que levou as participantes à leitura dos folhetos de informações sobre cuidados pós-estupro; diários, que são modelos dirigidos por enfermeiras de apoio e cuidados pós-estupro integrados em serviços hospitalares; e visitas de acompanhamento (SOUTO, *et al.* 2010).

Infere-se então que a função da enfermeira é realizar o acolhimento inicial, realizar a entrevista e os encaminhamentos necessários de acordo com a violência sofrida, estabelecendo, assim, um vínculo de confiança com a usuária, o que é fundamental para um atendimento resolutivo e eficaz impactando na continuidade do cuidado dessa mulher vítima de violência sexual (SOARES, *et al.* 2015).

4.1.3 A educação permanente e qualificação profissional da equipe de enfermagem frente ao atendimento às mulheres vítimas de violência sexual

No Brasil, estudos evidenciam que o atendimento às vítimas ocorre de maneira fragmentada no que se referem aos serviços, os quais não estão preparados para atender integralmente a vítima. Além disso, em muitos casos, o contexto biopsicossocial é deixado de lado, pois o atendimento à vítima está restrito ao processo saúde/doença. Os serviços atuais pouco correspondem às

necessidades da vítima, pois as ações são curativas sem continuidade na atenção, tanto nos aspectos de reabilitação física e emocional, quanto nos sociais e jurídicos (APA, 1980). Os serviços de saúde, em geral, não têm estrutura para a prevenção da violência, pois a maioria não conta com profissionais devidamente capacitados para o reconhecimento e registro dos sinais de violência, sendo que a grande maioria das condutas se limita apenas ao tratamento das lesões físicas mais aparentes (BRASIL, 2015).

A educação permanente dos profissionais que participam das equipes é defendida como uma ferramenta elementar para a melhoria do acolhimento e da atenção às mulheres em situação de violência sexual nos serviços (GARCIA-MORENO, *et al.* 2015). A falta de informação sobre a legislação, as políticas e os marcos legais impõe obstáculos nesse processo prejudicando a qualidade da atenção. Principalmente, nos serviços hospitalares, onde a maioria dos profissionais trabalha em regime de plantão e inexistente uma equipe específica para atender essa demanda, é primordial que as ações de capacitação alcancem todas as equipes. Isso potencializará o alinhamento das orientações e condutas, evitando a fragmentação e descontinuidade das práticas assistenciais (MOREIRA, *et al.* 2018).

Somado a isso, estudos abordaram sobre a insegurança por parte de enfermeiras para atender a essa demanda, visto que permanecem lacunas e fragilidades na implementação de uma educação permanente no contexto de práticas profissionais. Desse modo, persistem os desafios à efetivação dos dispositivos técnicos e também legais de garantias dos direitos de cidadania das mulheres (MOREIRA, *et al.* 2018).

O mais importante na atuação da enfermeira é que seja assumido o compromisso em, realmente, efetivar o combate à violência. Além disso, a equipe deve receber uma capacitação periódica e participar de oficinas de apoio psicológico, para ajudar na imparcialidade, sem fazer julgamentos, conhecer implicações legais, somáticas, psicológicas e sociais, isso colabora para que a vítima não precise repetir várias vezes a mesma história (BRASIL, 2005).

Especialmente dos profissionais de enfermagem que, como observados em outros estudos, são os primeiros a terem contato com a vítima. É imprescindível inserir na rotina de trabalho educação continuada, capacitações, bases técnicas para o atendimento, incluindo a complexidade do fenômeno da violência,

conhecimentos sobre legislações e protocolos e normas que norteiam e asseguram um atendimento adequado conforme o ciclo de vida (ARRAIS, *et al.* 2020).

A fim de evitar que a usuária tenha que ir repetidas vezes ao serviço, deve-se criar um fluxograma, de modo a dar agilidade e resolutividade à sistemática de atendimento, evitando que a usuária tenha que repetir sua história para os diferentes profissionais da equipe. Para isso, a equipe deve propor formas de registro unificado que reúna, mesmo que de maneira resumida, as observações específicas de todos os profissionais envolvidos (BRASIL, 2010).

Os estudos apontam para a comunicação a necessidade de educação continuada sobre o tema violência sexual para os profissionais de saúde; e a responsabilidade da Enfermagem diante da atenção a essas mulheres; tornando-a como o epicentro desse processo, a importância das articulações em rede entre os serviços de assistência às mulheres; desde a atenção primária e terciária e a prática do acolhimento como entendimento da mulher em situação de violência, sendo este realizado de forma humanizada, em ambiente calmo e seguro (WALDOW, 2014).

4.2 Fase 2 do estudo: Diário de Campo

A princípio acreditei que o diário de campo seria apenas um instrumento que iria auxiliar na elaboração do relatório final. Porém, o diário cumpriu um papel muito maior do que apenas o de sistematizar dados e informações a respeito da elaboração da ferramenta. Neste diário, estão as vivências do dia a dia das reuniões online, as observações, os pensamentos e as reflexões profissionais e perspectivas argumentativas.

Essas descrições, que aos poucos foram sendo articuladas a partir das diversas reflexões, traziam particularidades que estavam para além de “simples” anotações em um diário de campo. Nelas pulsavam elementos que biografam os sujeitos praticantes (CERTEAU, 2012) durante as reuniões online.

O diário de campo também foi utilizado para retratar os procedimentos de análise do material empírico, as reflexões dos pesquisadores e as decisões na condução da pesquisa. Portanto, ele evidencia os acontecimentos em pesquisa do delineamento inicial de cada estudo ao seu término (ARAÚJO, *et al.* 2013).

Neste caminho de buscas, passamos a entender que a prática do diário de campo como instrumento de registro de informações na pesquisa científica ainda é recente, embora sua existência, enquanto instrumento de registro de acontecimentos pelos sujeitos sociais, seja anterior ao uso científico (OLIVEIRA, 2014). Pensando ainda no seu uso recente pela pesquisa científica, a utilização do diário de campo para construção de ferramentas é algo novo e que se mostrou muito valioso para organizar, de forma sistemática, fatos e acontecimentos durante a elaboração da ferramenta.

Quando tratamos sobre o lugar de fala, o livro de Djamila Ribeiro (2017) expõe que lugar de fala não diz respeito a negar as experiências individuais, tampouco se trata de uma visão essencialista, mas se refere ao reconhecimento do locus social e da reflexão de como esse lugar imposto dificulta a possibilidade de transcendência. É necessário não confundir lugar de fala com representatividade devido às similaridades, pois falar a partir de lugares também é “romper com a lógica de que somente subalternos falem de suas localizações, fazendo com que aqueles inseridos na norma hegemônica sequer se pensem” (RIBEIRO, 2017, p. 84).

Pelo contrário, todas as pessoas possuem lugares de fala, uma vez que a discussão é sobre localização social e o mais importante é que “indivíduos pertencentes ao grupo social privilegiado em termos de *locus* social consigam enxergar as hierarquias produzidas a partir desse lugar e como esse lugar impacta diretamente na constituição dos lugares dos grupos subalternizados” (Ibid, p. 86). Pensar lugar de fala é uma postura ética (PEREIRA, 2018).

Portanto, a oportunidade de fala, a ausculta dos sentimentos, experiências, reações, favoreceu a elaboração da ferramenta. Correlacionando todas as inquietações levantadas pelo grupo de pesquisa em cada fase de construção da ferramenta, fazendo um elo entre o arcabouço teórico e as perspectivas de visões do mundo.

Um limite vivenciado na construção do diário de campo foi o momento atual em que não somente o país, mas o mundo se encontra. A pandemia do Covid 19, fez com que nós, pesquisadores, descobríssemos estratégias de pesquisa, estudo e análise do cenário, do retrato, que fosse além das câmeras, fez com que desenvolvêssemos de forma aguçada a captação de informações, o contato e a troca de experiências virtuais.

Após apresentação dos resultados do diário de campo, será discutido as etapas de design gráfico e diagramação que descrevem a construção da ferramenta.

4.3 Fase 3 do estudo: Construção da Ferramenta

4.3.1 Elaboração Textual.

Nesta etapa, foi redigido um roteiro inicial com informações baseadas nos Protocolos de Atendimento a Vítima de Violência Sexual do Paraná e com base na Revisão Integrativa. Após construção desse roteiro, conforme as reuniões foram sendo conduzidas, o conteúdo passou por atualizações.

Joventino (2013) afirma que o primeiro elemento necessário para a construção de um roteiro trata-se da ideia, a qual não se constitui uma etapa propriamente dita, mas advém naturalmente ao escritor a necessidade de relatá-la. Deste modo, a ideia de elaborar uma ferramenta de apoio adveio da prática profissional vivenciada pela pesquisadora e dos estudos Andrade (2017); Hasse (2016); Trigueiro (2015) que enfatizaram a importância de se trabalhar com as temáticas da violência sexual contra a mulher.

Outro cuidado foi o desenvolvimento das ideias por completo, antes de novas ideias serem introduzidas. Enfatizaram-se também ações de forma positiva, transmitindo força e coragem, ou seja, ações que as mulheres devem fazer ao invés do que eles não devem (DOAK; DOAK; ROOT, 1996; MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003).

A estruturação da cartilha apresenta os seguintes tópicos principais:

1. Apresentação: inicia-se com um breve texto sobre o conteúdo da ferramenta, descrevendo o propósito do *“Meu Diário de Cuidados”*;
2. Como eu me sinto nesse momento: este espaço foi deixado como um espaço de escrita, dos sentimentos, sensações, um espaço de entrega, onde ela possa relatar tudo que está sentindo;
3. Sobre você: aqui são anotados os dados e informações pessoais, também foi deixado um espaço para relatar qual a unidade de saúde mais próxima da residência da mulher;

4. Fique sabendo: nesta etapa da ferramenta foi apresentado todos os recursos de denúncia ou locais de ajuda que a mulher possa procurar, também foram apresentadas leis, código penal brasileiro, orientando a vítima sobre seus direitos;

5. Equipe que irá acolhê-la: na fala dos personagens que compõem a equipe multiprofissional, identificamos essa etapa com o verbo acolher, pois sabe-se que o acolhimento está presente em todas as fases desde o início até o término do tratamento;

6. Escreva aqui seus sentimentos: este espaço se destina para que a mulher em tratamento descreva suas dúvidas, medos e inseguranças em relação a continuidade do tratamento;

7. Continuidade do cuidado: nesta etapa são descritas informações sobre a continuidade do cuidado;

8. Recados Importantes: aqui são descritos algumas informações relevantes e de suma importância para o tratamento;

9. Informações Complementares: orientação ao(à) paciente em uso do antirretroviral; Orientação ao(à) paciente em uso de anticoncepção de emergência e profilaxia das infecções sexualmente transmissíveis; Orientação sobre o aborto legal – este espaço foi elaborado para orientação a vítima, com o objetivo de ser um local onde, posteriormente, a vítima possa se informar sobre alguma informação não compreendida ou esquecida durante o atendimento inicial;

12 Rede de atendimento à mulher em situação de violência: aqui são descritos alguns endereços e telefones de apoio ao enfrentamento da violência contra a mulher;

13. Avaliação do estado de saúde: foram elaboradas tabelas, quadros para preenchimento pelo profissional durante o atendimento;

14. Nossa equipe te espera: pensando na continuidade do cuidado, foi elaborado este espaço dentro da ferramenta para anotação dos retornos ambulatoriais;

15. Referências: toda literatura utilizada para elaboração da ferramenta.

Um material bem escrito melhora o conhecimento e a satisfação da paciente, desenvolve suas atitudes e habilidades, oferece autonomia, promovendo sua adesão, torna-os capazes de entender como as próprias ações influenciam seu

padrão de saúde, favorece sua tomada de decisão. Diante disso, o material escrito tem função de reforçar as informações e discussões orais, de servir como guia de orientações, para caso de dúvidas posteriores, auxiliar na tomada de decisões e de corresponsabilização pelo cuidado (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

Nesse contexto, a enfermeira, que lida com educação em saúde, tem uma função de escolher, selecionar e preparar a mensagem e determinar seu melhor veículo de comunicação, de modo a possibilitar efetiva comunicação e assegurar uma assistência que atenda às necessidades da paciente, pois, se a comunicação falha, as necessidades da paciente podem permanecer desconhecidas, seu processo de socialização é interrompido e a aderência pode diminuir (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

Em relação aos aspectos da linguagem foram utilizados os seguintes critérios adaptados de Moreira, Nóbrega e Silva (2003) presentes no QUADRO 3.

QUADRO 3 - ASPECTOS DA LINGUAGEM PARA ELABORAÇÃO DE MATERIAIS EDUCATIVOS IMPRESSOS. CURITIBA, 2020.

L I N G U A G E M	<ul style="list-style-type: none"> • Foram apresentadas de 3 a 4 ideias principais por seção; • Os profissionais de saúde foram apresentados e categorizados por nomes para trazer o mais próximo da realidade do atendimento. • Foi apresentada uma ideia por vez, desenvolvendo-a completamente, para, depois, passar para uma seguinte, já que idas e vindas entre tópicos podem confundir o leitor; • As ações foram apresentadas em uma forma lógica; • As ideias e conceitos abstratos foram clarificados com exemplos • O uso de jargão, termos técnicos e científicos foram evitados. Se indispensáveis, foram explicados em uma linguagem acessível ao leitor; • As ações positivas foram destacadas, dizendo ao leitor o que ele deve fazer e não o que ele não deve fazer; • Foram informados aos clientes os benefícios que eles terão com a leitura do material; • As informações foram escritas em forma de conversa, pois o estilo conversacional é mais natural e mais fácil de ser lido e entendido; • Foi utilizada voz ativa, como também, palavras com definições simples e familiares, além de analogias familiares ao público. • Foi declarado objetivamente a ação que é esperada do leitor; • Foi evitado o uso de abreviaturas, acrônimos e siglas e quando indispensáveis, foram explicados o seu significado. • Foi deixado espaço em branco no fim do material destinado a anotações de dúvidas, questionamentos e pontos importantes.
---	---

Fonte: adaptado de Moreira, Nóbrega e Silva (2003).

Após análise dos aspectos da linguagem, foram identificados todos os profissionais envolvidos no atendimento à mulher, por nome e categoria profissional. No início foi pensado em nomear os profissionais, posteriormente decidiu-se por não nomeá-los para tornar o material mais objetivo, deixando um

espaço na ferramenta para que os profissionais que realizassem o atendimento se autoidentificassem, fortalecendo o vínculo com a mulher.

Em algumas partes da ferramenta, as informações foram escritas em forma de conversa, pois o estilo conversacional é mais natural e de fácil entendimento. Além disso, foi utilizada a voz ativa, o que estimula o desenvolvimento da ação pelo leitor (DOAK; DOAK; ROOT, 1996). Foram evitados termos técnicos e científicos, abreviaturas e siglas, porém quando foi necessário utilizá-los, suas definições foram explicadas no decorrer do texto para as leitoras.

Estes cuidados na elaboração dos materiais educativos contribuirão para que o conhecimento adquirido atinja a memória em curto e longo prazo. Quando os pacientes lutam para entender e compreender a instrução, tornam-se desengajados, pois acreditam que se a instrução é tão difícil de ler, também deve ser difícil de fazer (DOAK; DOAK; ROOT, 1996). O propósito da fixação do conhecimento adquirido vai além da compreensão do tratamento ofertado e sobre o uso de medicamentos, ele perpassa e envolve a continuidade do tratamento, fazendo com que essa vítima compreenda a importância do seu seguimento ambulatorial.

Para escolha do título da ferramenta, foi levado em consideração a importância do sigilo da vítima em relação ao seu tratamento. Pensando em um título que não exponha a vítima, desrespeitando seus direitos de confidencialidade, que no momento necessita de um período de introspecção frente a violência vivida, optamos por conceituar a ferramenta inicialmente como “*Diário de Orientações*”, após reunião com a orientadora e equipe de designer exploramos alguns conceitos e nomeamos a ferramenta como “*Meu Diário de Cuidados*”.

Nesta etapa também realizou-se a hierarquização das informações, onde foi feito uma releitura do roteiro, para identificar quais trechos poderiam ser descritos em forma de texto corrido e quais falas necessitam ficar dentro dos balões de fala, identificando quais são mais importantes para não perder o sentido da informação. Os textos passaram por uma consultora literária e linguística que realizou uma tutoria junto a pesquisadora com o foco de tornar a escrita mais criativa. O roteiro inicial para elaboração da ferramenta está disponível no anexo A.

4.3.2 Construção do Designer da Ferramenta

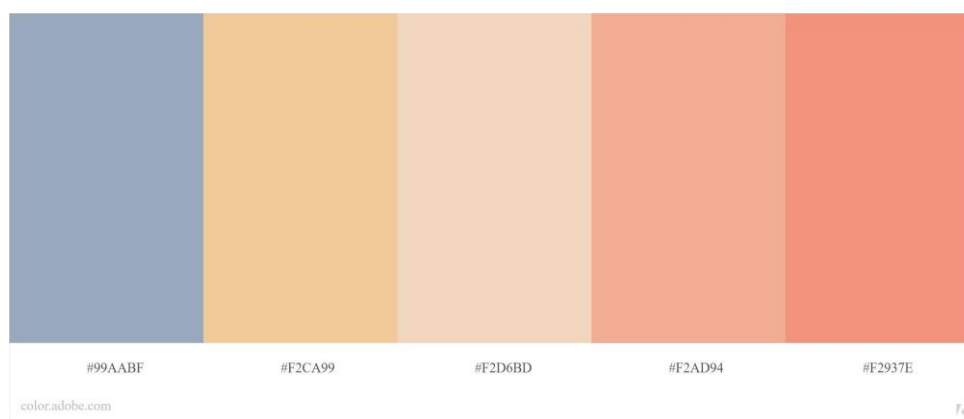
A etapa de designer gráfico compreende ao ordenamento estético-formal de elementos textuais e não-textuais que compõem peças gráficas destinadas à reprodução com objetivo expressamente comunicacional entre o leitor e a ferramenta (VILLAS-BOAS, 2003). É uma forma de comunicar visualmente um conceito, uma ideia, por meio de técnicas formais. Podemos ainda considerá-lo como um meio de estruturar e dar forma à comunicação impressa (MEGGS, 1992) em que, no geral, se trabalha o relacionamento entre imagem e texto. A seguir são apresentadas as etapas de designer gráfico para elaboração da ferramenta.

4.3.3 Definição do Estilo Gráfico

Nesta etapa definimos os elementos visuais que melhor funcionam para o objetivo do material, como paletas de cores, grafismos, tipografia, estilo fotográfico e estilo infográfico.

Concluiu-se que seriam utilizadas cores suaves mas acolhedoras, usando bastante tons quentes, como tons de rosa salmão e coral somado a um azul suave - utilizado como cor de contraste-, bem como a utilização da cor branca. Também foi definido que não seria utilizada a cor preta, por ser uma cor muito intensa, substituindo-a por um cinza escuro, uma cor menos incisiva. Conforme apresentado na Figura 4.

FIGURA 4 - PALETA DE CORES SELECIONADA PARA CONSTRUÇÃO DA FERRAMENTA. CURITIBA, 2020



Fonte: Equipe de Designer e Diagramação (2020).

Para tipografia foram escolhidas duas fontes: uma de texto e outra para títulos e informações destacadas, sendo a primeira uma fonte agradável e legível se reduzida, porém arredondada (sem serifa) para manter a ideia de conforto; já a segunda fonte tem um estilo de caligrafia manuscrita, mais irregular e informal, escolhida com a finalidade de passar a sensação de diário.

Para o estilo de grafismos foram escolhidos os formatos dos balões dos personagens, procurando sempre uma forma fluida e arredondada. Formas quadradas ou com cantos retos são praticamente inexistentes, devido a conceituação de que formas arredondadas são mais acolhedoras, enquanto formas retas são mais formais e frias.

4.4 Confeção das ilustrações

As ilustrações são importantes para a legibilidade e compreensão de um texto, e têm como função atrair o leitor, despertar e manter seu interesse pela leitura, complementar e reforçar a informação. Além disso, a ilustração deve permitir que as pessoas identifiquem-se com a mesma (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003). As ilustrações foram adaptadas de acordo com Moreira, Nóbrega e Silva 2003, QUADRO 4.

QUADRO 4 - ASPECTOS DA ILUSTRAÇÃO PARA ELABORAÇÃO DE MATERIAIS EDUCATIVOS IMPRESSOS. CURITIBA, 2020.

I L U S T R A Ç Õ E S	<ul style="list-style-type: none"> • Foram elaboradas ilustrações que ajudam a explicar ou enfatizar pontos e ideias importantes do texto; • Foram utilizadas figuras que identificam a equipe de saúde, observando os aspectos de inclusão social; • Foi ilustrada a ação ou comportamento esperado ao invés do que deve ser evitado; • Foram utilizados desenhos de linha simples que funcionam melhor para ilustrar um procedimento; • Foram usadas ilustrações apropriadas ao leitor, evitando-se ilustrar material dirigido ao público infantil por não abranger a temática do estudo. • Objetos pequenos foram apresentados em ilustrações maiores para que os detalhes fossem visualizados; • Foram empregadas ilustrações de boa qualidade e alta definição, para tal, estas ilustrações foram realizadas por um profissional da área de design gráfico; • Não foram utilizadas caricaturas; • Foram utilizados símbolos e imagens familiares ao público-alvo, que permitem as pessoas se identificarem com a mensagem;
---	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Foram consideradas nas ilustrações apresentadas, características raciais e étnicas do público-alvo; • As ilustrações foram dispostas de modo fácil, para o leitor segui-las e entendê-las, próximas aos textos aos quais elas se referem; • Setas ou círculos foram empregados para destacar informações-chave na ilustração. • Foram utilizadas legendas que incluam a mensagem chave;
--	--

Fonte: adaptado de Moreira, Nóbrega e Silva (2003)

Com o objetivo de acolher, fortalecer o vínculo, facilitar o aprendizado e tornar a cartilha mais atrativa para o público alvo, resolveu-se criar personagens representando a equipe multiprofissional que irá atender a mulher vítima de violência sexual.

Antes de gerar os personagens, foi realizado pela equipe de designer e diagramação, a pesquisa e análise de similares, foi encaminhado pela pesquisadora fotos que representam o uniforme dos profissionais do cenário de pesquisa. Posteriormente, começou a ilustrar os traços dos personagens conforme apresentado na Figura 5.

FIGURA 5 – ESBOÇO DOS PERSONAGENS QUE COMPÕEM A FERRAMENTA.



Fonte: Equipe de Designer e Diagramação (2020).

O estilo definido constitui-se por estilo flat de formas arredondadas, rostos simpáticos e sorridentes. A paleta de cores segue a paleta previamente definida, criando diferentes tons de pele derivados das cores originais da paleta, com o objetivo de tornar os personagens mais representativos e diversos possíveis.

Na conceituação dos personagens, foram definidas características físicas e roupas. Abrangeu-se diferentes etnias (personagens negros, asiáticos, brancos), formatos de corpo (altura, peso) e gênero (tanto personagens femininos quanto masculinos). Quanto aos uniformes, foi optado pelo uso de jaleco tradicional branco, ausência de acessórios (como brincos, pulseiras e relógios, exceto óculos) e personagens de cabelo comprido tendo-os amarrados.

Pensando nos aspectos da inclusão social, a equipe de designer elaborou as características físicas dos personagens, conforme apresentado na QUADRO 6.

QUADRO 5 – CARACTERIZAÇÃO FÍSICA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.

<i>Categoria Profissional</i>	<i>Características Físicas</i>
Enfermeira	Preta, cabelo curto, crespo e baixa.
Técnica de Enfermagem	Alta, ruiva, cabelo volumoso e óculos.
Médica Legista	Baixa, cabelo liso e castanho claro, idosa.
Médico Infectologista	Baixo, loiro e gordo.
Médico Ginecologista e Obstetra	Negro e cabelo crespo.
Psicóloga	Asiática
Assistente Social	Cabelo cacheado, negra de pele clara, mais alta.

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Decidiu-se falar sobre a violência sexual contra a mulher, pois dentre as violências cometidas contra as mulheres a violência física e a sexual são as mais incidentes e prevalentes (OMS, 2013), sendo vista como aquela que pode causar consequências tão ou mais impactantes do que os demais tipos (SOUSA, *et al.* 2015). Considerada uma das mais hediondas formas de violência, a violência sexual acontece a partir de relações de gênero pautadas no machismo, na subjugação do corpo da mulher enquanto objeto para o homem e, portanto, na perda de sua autonomia como sujeito (SCOTT, 1995).

Após o detalhamento das características físicas dos personagens, foi desenhado cada personagem da ferramenta. Entende-se que os profissionais de enfermagem são os primeiros com os quais a mulher em situação de violência tem contato quando procura um serviço de saúde, estes profissionais se tornam referência e responsáveis pela primeira abordagem e o início do processo de acolhimento para auxiliar essas mulheres na recuperação de sua autoestima, saúde

mental e de sua qualidade de vida (BARALDI, *et al.* 2012; MORAIS, *et al.* 2010). Preferencialmente a enfermeira realiza o acolhimento inicial da mulher vítima de violência sexual em um ambiente onde esta se sinta confortável e segura, para compartilhar toda violência vivida, sempre preservando o sigilo durante todo o atendimento. Portanto, Arrais (2020), em seu estudo, traz a enfermeira como o epicentro nesse processo. Partindo dessas premissas, o primeiro personagem a ser elaborado pela equipe de designer e diagramação é a enfermeira, o qual será apresentado na Figura 6.

FIGURA 6. PERSONAGEM DA FERRAMENTA – ENFERMEIRA.



Fonte: Equipe de Designer e Diagramação (2020).

Conforme preconizado por Moreira, Nóbrega e Silva (2003) as ilustrações foram dispostas de modo fácil, próximas aos textos aos quais elas se referem para o público alvo segui-las e entendê-las.

4.4.1 Análise da arquitetura das informações

Foi analisado todo o conteúdo para então agrupar, definir a ordem de leitura, disposição e hierarquia das informações. Posteriormente realizada a hierarquização das informações, a qual consiste na categorização da importância de cada informação e sua posição no design, dando-a mais ou menos destaque, foram definidas quais informações ficariam dentro ou fora de balões de fala das personagens anteriormente citadas.

Também foi realizada a estruturação do *boneco* ou *espelho*, o qual é um modelo inicial da disposição das páginas e informações, definição de capa, contracapa, introdução, sumário e outros itens.

4.4.2 Infografia

Esta etapa envolve traduzir as informações mais complexas, numéricas ou não descritivas em elementos visuais de fácil leitura e interpretação.

Nesse projeto foram incluídas diversas tabelas para preenchimento da paciente e dos profissionais de saúde, como a ficha de dados, tabela de medicamentos ministrados, espaços de preenchimento de anotações, entre outros. Acordou-se que essas tabelas deveriam ser abordadas dentro de formas mais fluidas, utilizando-se do grafismo de balões utilizados em todo o corpo da ferramenta, com o objetivo de que não ficasse formal demais, mantendo a ideia de aconchego e de acolhimento.

Quanto às disposições das tabelas que são preenchidas pela equipe multiprofissional, optou-se por agrupá-las ao final da ferramenta, como forma de facilitar a busca pelos profissionais. Deixando, assim, as informações para a paciente sobre o seu tratamento no início da ferramenta.

4.4.3 Geração de Alternativas

Consiste na geração de opções de design para que possa escolher e discutir diferentes possibilidades e versões. As gerações de alternativas foram baseadas em Moreira, Nóbrega e Silva (2003).

QUADRO 6 - ASPECTOS DO LAYOUT E DESIGN PARA ELABORAÇÃO DE MATERIAIS EDUCATIVOS IMPRESSOS. CURITIBA, 2020

L A Y O U T E D E S I G N	<ul style="list-style-type: none"> • Foi utilizada fonte 12 para texto, no mínimo; • Foram utilizadas fontes para os títulos dois pontos maiores que as do texto; • Textos apenas com fontes estilizadas e maiúsculas não foram utilizados, pois dificultam a leitura; • Negrito e itálico foram empregados apenas para os títulos ou destaques; • As cores foram usadas com sensibilidade e cautela, evitando poluição visual do material. Foram adotadas paletas de cores mais suaves. • Impressão preta sobre fundo claro é mais fácil de ler • Foi utilizada impressão fosca (papel e tinta), pois reduz o brilho e melhora a legibilidade; • A mensagem principal e o público-alvo não foram mostrados na capa, priorizando a privacidade da vítima que pode estar sofrendo a violência dentro do ambiente familiar. Portanto as informações para que o leitor capte a mensagem foram colocadas em uma contra-capa. • Foi sinalizado adequadamente os tópicos e subtópicos, usando recursos como títulos, subtítulos, negritos e marcadores para facilitar a ação desejada e a lembrança; • As palavras ou ideias-chave foram colocadas no início da frase ou da proposição; • Foi apresentada uma ideia completa numa página ou nos dois lados da folha, pois se o leitor tem que virar a página, no meio da mensagem, ele pode esquecer a primeira parte; • As informações mais importantes foram colocadas no início e no fim do documento; As ideias foram organizadas no texto, na mesma sequência em que o público-alvo irá usá-las (Etapa em construção)
--	--

Fonte: adaptado de Moreira, Nóbrega e Silva (2003)

Foram geradas alternativas de *layout*, paleta de cores e de ilustrações, as quais foram apresentadas à pesquisadora e à orientadora e, em seguida, escolhidas. Nessa fase são discutidas abertamente sugestões e adaptações das ideias. Posteriormente, com o acordo entre a equipe, foram escolhidos os modelos dos itens previamente mencionados e passou-se para a etapa de refinamento.

Entre as alternativas de capa, optou-se por aquela cujo conceito traz um sentido de estarmos juntas nesse processo de autocuidado, simbolizando a união, o acolhimento, a inclusão através de duas colorações de pele, reforçando a representatividade.

4.5 Refinamento

As alternativas escolhidas são refinadas, ou seja, por meio de ajustes e correções serão geradas as versões finais das ilustrações, *layouts* e outros.

4.6 Diagramação

A diagramação correspondeu à organização e formatação da Ferramenta de Apoio para Acolhimento e Acompanhamento, sendo utilizado o programa *Adobe Indesign CS*.

Definidos todos os aspectos gráficos e informacionais, foi feita a diagramação total do material, resultando no modelo final.

Já na questão de diagramação, foram identificados problemas como dentes de cavalo (espaços muito grandes entre as palavras em um texto justificado), linhas viúvas e órfãs (palavras ou sílabas que ficam sozinhas numa linha), bem como problemas nas margens.

Dessa forma, essa etapa consiste na diagramação de todos os textos da cartilha, adequando-os de acordo com o *grid* utilizado e o alinhamento escolhido. Também são corrigidas as *viúvas*, *órfãs* e *dentes de cavalo*. Durante este processo, utilizou-se uma consultora linguística e ortográfica.

4.7 Finalização

Para Moreira, Nóbrega e Silva (2003), o material impresso deve sempre contemplar as características do público leitor, sendo necessário que ele seja planejado, avaliado e produzido segundo a real necessidade da paciente.

No verso da cartilha foi sugerido acrescentar uma frase motivadora. Considerando que a grande maioria da população hoje em dia tem um smartphone com acesso à internet, as autoras incluíram um QR Code, o qual convida a mulher a assistir um vídeo da *ONU Brasil Mulheres* que fala sobre o empoderamento das mulheres.

Como toda ferramenta de comunicação, a comunicação escrita tem suas vantagens e desvantagens. Entre as vantagens podem-se destacar o custo da produção por unidade, que é relativamente baixo; a assimilação da mensagem que se dá no ritmo de aprendizagem individual, podendo-se ler quantas vezes forem necessárias; a liberdade que a mulher tem para escolher o tempo e o local mais apropriado para a leitura e, especificamente na ferramenta aqui elaborada, torna-se algo pessoal, como um “diário” onde a mulher pode escrever seus sentimentos e,

concomitantemente, ser um instrumento de acompanhamento multiprofissional. Como desvantagens, requer esforço e dedicação para uma distribuição eficiente, tanto por parte das instituições envolvidas como por parte dos profissionais envolvidos no atendimento.

Ressalta-se que durante todo o desenvolvimento da ferramenta, a equipe de design, a pesquisadora e as orientadoras trabalharam em conjunto e cada etapa conta com uma aprovação intermediária. Portanto, a comunicação é presente durante todo o processo, com reuniões semanais ou quinzenais e contato frequente por mensagens instantâneas.

Após a aprovação da equipe, foi gerada a versão final da ferramenta, disponível no Anexo A. O arquivo final foi adequado à impressão por uma gráfica, já com os dados necessários e as recomendações de materiais e tamanhos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização do presente estudo, que constou da elaboração de uma Ferramenta de Apoio para o Acolhimento e Acompanhamento (FAAA) do cuidado a mulheres vítimas de violência sexual atendidas no Pronto Atendimento de Ginecologia e Obstetrícia (PAGO), do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR), verificou-se que o produto “Ferramenta de Apoio para Acolhimento e Acompanhamento das vítimas de violência sexual” foi construído com base nos Protocolos de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual, seguindo as diretrizes e políticas de enfrentamento da violência contra a mulher nos pontos norteadores propostos pelo estudo com enfermeiras (os) no enfrentamento da violência sexual contra a mulher com enfoque no psicossocial e não somente no biológico.

A etapa de elaboração da ferramenta se deu com a participação de uma equipe de diagramadores e designer composta exclusivamente por um público feminino. Devido as limitações de tempo, não foi possível fazer a validação, esta etapa será colocada em prática em pesquisas futuras.

O diário de campo foi, nesta pesquisa, um dispositivo de informação, de organização sistemática, uma ferramenta de trabalho e pesquisa, que permitiu a consulta nos arquivos das ideias que nele estavam escritas. Sua utilização precisa ser disciplinada, enquanto pesquisador, não podendo deixar as anotações em uma temporalidade muito distante do fato.

Essa ferramenta tem o intuito de auxiliar no repasse de informações sobre o serviço de saúde oferecido. No momento da procura por ajuda a situação negativa vivida não permite assimilar todas as informações recebidas, assim no momento desta mulher, quando ela se sentir confortável poderá ler, ressignificar o vivido e ter perspectivas de compreender o seguimento ambulatorial.

Por fim, o presente estudo sugere, ainda, algumas recomendações: distribuição de exemplares reproduzidos no cenário de estudo e na rede pública de assistência que ofertam o atendimento às vítimas de violência sexual; que o material elaborado passe a ser utilizado na rotina de atendimento ambulatorial e como meio de incentivo à inovação da educação em saúde desenvolvida; divulgação do material educativo também nas unidades de atenção primária e terciária, pois

nestes cenários também é possível encontrar a clientela para o qual se destina a ferramenta produzida; e a explanação da ferramenta produzida em áreas de ensino superior, como demonstração de uma das formas que o futuro profissional de saúde dispõe para otimizar a educação em saúde e promover saúde. Conclui-se que a ideia da ferramenta é trazer um atendimento mais equânime, garantindo e indo de acordo com os princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR FAR. *et al.* Formação profissional e violência sexual contra a mulher: desafios para a graduação em enfermagem. **Escola Anna Nery** [internet], Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 1-10, fev. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v24n1/pt_1414-8145-ean-24-01-e20190135.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2020.
- ALMEIDA, L. R. *et al.* A violência de gênero na concepção dos profissionais de saúde da Atenção Básica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 90, p. 396-404. 2011. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341766007.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2019.
- ALVES, B. M.; PITANGUY, J. **O que é feminismo?**. São Paulo: Brasiliense, 2007.
- ALVES, C. B.; PEDROZA, R. L. S. O inconsciente capitalista a partir de Lacan, Marx e Zizek: consequências para o debate sobre identidade de gênero. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 154-163, mai/ago. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151614982019000200154>. Acesso em: 09 set. 2019.
- APA. American Psychiatric Association. **A Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 3rd edition. Washington DC: APA, 1980.
- ANDRADE, R. P. **Violência sexual contra mulheres**: aspectos médico, psicológicos, sociais e legais do atendimento. Curitiba: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná, 2017.
- ARAÚJO, L. F. S. *et al.* Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista Brasileira Pesquisa Saúde**, Vitória, Espírito Santo, volume, número, p. 53-61, jul/set 2013. Disponível em: <<https://www.periodicos.ufes.br/rbps/article/view/6326>>. Acesso em: 16 mai. 2020.
- ARBOIT, J. *et al.* Health care for women in situations of violence: discoordination of network professionals. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, 2017. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/129793/126391>>. Acesso em: 18 out. 2019.
- ARENDT, H. **Sobre a violência**. Rio de Janeiro: Relume Dumara, 1994.
- ARRAIS L. *et al.* Desafios para implantação da cadeia de custódia para as vítimas de estupro no Distrito Federal. **Escola Anna Nery** [internet], Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v24n1/pt_1414-8145-ean-24-01-e20190101.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.

ARTICULAÇÃO DE MULHERES BRASILEIRAS (AMB). **Políticas públicas para igualdade**: balanço de 2003 a 2010 e desafios do presente. Fórum de Mulheres da Amazônia Paraense. Brasília: CFEMEA, 2011.

BANDEIRA, L. M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. **Revista Sociedade e Estado**, Local, v. 29, n. 2, mai/ago. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v29n2/08.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2019.

BARALDI, A. C. P. *et al.* Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema? **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 12 n. 3, p. 307-318, jul./ set., 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v12n3/a10v12n3.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2020.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery Rev Enferm, Rio de Janeiro**, v.15, n. 4, p.802-10. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000400020>. Acesso em: 10 nov. 2019.

BARUFALDI, L. A. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia da violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Local, v. 22, n. 9, p. 2929-2938, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n9/1413-8123-csc-22-09-2929.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2019.

BASILE, K. C; SMITH, S. G. Sexual violence victimization of women: prevalence characteristics, and the role of public health and prevention. **American Journal of Lifestyle Medicine**, Local, v. 5, p. 407-17. 2011. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.902.5740&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 02 out. 2019.

BATISTA, G. F. **Saúde e gênero**: conceito de gênero na produção científica brasileira de saúde e representação de gênero pelos gestores locais da atenção primária. 2014. Número de folhas. Dissertação (Mestrado em área do curso) — Programa de Pós-Graduação e Ciências da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2014.

BEZERRA, J. F. I. *et al.* Conceitos, causas e repercussões da violência sexual contra a mulher na ótica de profissionais de saúde. **Rev Bras Promoção Saúde**, v. 29, n. 1, p. 51-59, jan./mar. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4186>>. Acesso em: 13 abr 2020.

BLACK, M. C. *et al.* **The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report**. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control. Centers for Disease Control and Prevention. 2011.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 11º ed. Rio de Janeiro: editora 2012. 160p.

BRANDÃO, E. R.; LOPES, R. F. F. “Não é competência do professor ser sexólogo” O debate público sobre gênero e sexualidade no Plano Nacional de Educação. **Civitas**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 100-123, jan./abr. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/civitas/v18n1/1519-6089-civitas-18-01-0100.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2019.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 2848, de 07 de dezembro de 1940**. Código Penal. Diário Oficial da União. 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm>. Acesso em: 12 jan. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996**. Promulga a Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, concluída em Belém do Pará, em 09 de junho de 1994. Diário Oficial da União, 1996. Disponível em: <<https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=1973&ano=1996&ato=342gXRU5EMJpWT990>>. Acesso em: 18 fev. 2020.

_____. Ministério da Justiça. **Pesquisa Nacional de Vitimização (PNV)**. Questionário Senasp. Instituto de Pesquisas Datafolha. 2013. Disponível em: <https://www.crisp.ufmg.br/wp-content/uploads/2013/10/Relat%C3%B3rio-PNV-Senasp_final.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2019.

_____. Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Fluxo de Atendimento em Saúde para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Sexual**. Brasília, DF: Ministério da Justiça e Cidadania. 2011c.

_____. Ministério da saúde. **Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes** [Internet]. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno4_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 18 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Brasília: 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Rede de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres**. Secretaria de Política para as Mulheres. Brasília: 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: SAS. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>. Acesso em: 13 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Política Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. **Normas sobre a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Geral/SESUS. **Modelos assistenciais no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. **Panorama da violência contra as mulheres no Brasil: indicadores nacionais e estaduais**. n. 1. Brasília: Senado Federal, Observatório da Mulher contra a Violência, 2016.

_____. Ministério da saúde. **Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes** [Internet]. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf>. Acesso em: 18 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>. Acesso em: 16 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério Da Saúde. Norma técnica: **Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios**. Brasília (DF): Ministério da Justiça. Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2015a. 44p.

_____. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violências**. Orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria que estabelece orientações para a organização e integração do atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e pelos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Port. Interim. nº 288, de 25 de Março de 2015. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://138.68.60.75/images/portarias/marco2015/dia26/portinter288.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2020.

BUENO, S.; LIMA, R. S. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Ano 13, 2019.

BUENO, S. *et al.* A invisibilidade da violência sexual no Brasil. *In*: BUENO, S.; LIMA, R. S. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Ano 13, 2019.

BUTLER, J.; RIOS, A.; ARAN, M. Diagnosticando o gênero. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 95-126, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n1/v19n1a06.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2019.

CDC. Announcement: Updated Guidelines for Antiretroviral Postexposure Prophylaxis after Sexual, Injection-Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV - United States. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Local, v. 65, n. 17, p. 458, 2016. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/hiv/pdf/programresources/cdc-hiv-npep-guidelines.pdf>>, Acesso em: 16 set. 2019.

CERINO, B. Lugar de fala: saiba o que significa e qual é a importância do conceito. **Revista Versar**, Local, volume, número, página inicial e final, mês (abreviado) 2018. Disponível em: <https://www.revistaversar.com.br/lugar-de-fala/>. Acesso em: 28 ago. 2020.

CERTEAU, M. de. **A invenção do cotidiano**: 1. Arte de fazer. 18 ed. Tradução de Efratim Ferreira alves. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

CHACKO, L. *et al.* Adherence to HIV post-exposure prophylaxis in victims of sexual assault: a systematic review and meta-analysis, *Sex Transm Infect*, Local, v. 88, n. 5, p. 335-341 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22332148>>. Acesso em: 12 set. 2019.

CHESNAIS, J. C. **Histoire de la violence en occident de 1800 à nos Jours**. Paris: Robert Laffont Édition, 1981.

CIEVS. **Centro de informações e respostas estratégicas de vigilância em saúde. Informe Epidemiológico do Paraná 2018**. Superintendência de Vigilância em saúde. SES: Paraná, 2018

CISNE, M. Direitos humanos e violência contra as mulheres: uma luta contra a sociedade patriarcal-racista-capitalista. **Serv. Soc. Rev**, Londrina, v. 18, n.1, p.138 - 154, jul./dez. 2015, Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/23588>>. Acesso em: 18 set. 2019.

COELHO, M. G. **Gênero desviantes**: O conceito de gênero em Judith Butler. 2018, Número de folhas. Dissertação (Mestrado em área do curso) — Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Florianópolis, 2018.

COELHO, R. **Direitos da mulher na contemporaneidade das relações de trabalho**. 2017. Número de folhas. Dissertação (Mestrado em área do curso) — Universidade Católica de Brasília, Escola de Direito. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Direito, Ciências, Instituições e Desenvolvimento, Brasília: 2017.

CORREA, S.; ALVES, J. E. D.; JANUZZI, P. M. **Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva**: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. Rio de Janeiro: editora, 2003.

CORREA, S. PAISM: Uma história sem fim. **Rev. Bras. Estudos Pop, Campinas**, v. 10, n.1/2, mês (abreviado)1993. Disponível em: <https://www.rebep.org.br/revista/article/view/488/pdf_463>. Acesso em: 18 set. 2019.

COSTA, D. A. C. *et al.* Assistência multiprofissional à mulher vítima de violência: atuação de profissionais e dificuldades encontradas. **Cogitare enferm**, v. 18, n. 2, p. 302-309. 2013. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/29524>>. Acesso em: 26 nov. 2019.

COSTA, J. F. **Violência e psicanálise**. Rio de Janeiro: Graal. 1986.

COSTA, R. G. A política de enfrentamento à violência contra a mulher no Brasil: limites e possibilidades contemporâneas. **R. Direitos, trabalho e política social**, Cuiabá, v. 3, n. 4, p. 11-39, jan./jun. 2017

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Cienc Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 1029-1042, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en>. Acesso em: 10 nov. 2019.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saude soc**, São Paulo, v. 20, n. 4, oct./dec. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/13.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2019.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde da Mulher. **Vítimas de violência. Atenção à mulher em situação de violência**. 2008. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Linha_Guia_Violencia_Sexual_contra_a_Mulher2.pdf>. Acesso em: 15 set. 2019.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Atenção à Mulher em Situação de Violência**. Curitiba: Prefeitura, 2002.

DAHLBER, L. L, KRUG, E. G. Violence - a global public health problem. *In*: KRUG, E. G, *et al.* **World report on violence and health**. Genebra: World Health Organization. 2002. p. 1-22.

DOAK, C.C.; DOAK, L.G.; ROOT, J.H. **Teaching patients with low literacy skills**. 2nd ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1996.

FAÚNDES, A.; ARAÚJO, M. J. O.; JORGE, A. Relatório final: VII Fórum interprofissional para atendimento da mulher vítima de violência sexual. **Femina, Local**, v. 31, n. 5, p. 473-478. 2003. Disponível em: <http://apublica.org/wpcontent/uploads/2013/09/Perfil_do_atendimento_a_mulheres_que_sofrem_viol%C3%Aancia_sexual_-_m%C3%B3dulo_quantitativo.pdf>. Acesso em: 23 set. 2019.

FIGUEIREDO, E. Desfazendo o gênero: a teoria queer de Judith Butler. **Criação & Crítica, Local**, n. 20, 2018. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/criacaoecritica/article/view/138143>>. Acesso em: 23 nov. 2019.

FERRANTE, F. G.; SANTOS, M. A.; VIEIRA, E. M. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, **Interface**, Botucatu, [internet], v. 13, n. 31, p. 287-299, out/dez. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000400005&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 12 mai. 2020.

GARCIA-MORENO. D. G. *et al.* The health system's response to violence against women. **The Lancet**, Genebra, v. 385 (9.977), n. 1, p. 567-1.579, apr. 2015. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25467583/> > . Acesso em: 13 mar. 2020.

GOLDBERG-SALINAS, A. Feminismo contemporâneo no Brasil: estratégias das mulheres nos movimentos e interesse dos homens no poder. **Revista Sociedade e Estado, Local**, v. 12, n. 2, dez.-jul. 1996/1997. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpd/doc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/movimento-feminista..> Acesso em: 22 out. 2020.

GOMES, R. R. Os “novos” direitos na perspectiva feminina: a constitucionalização dos direitos das mulheres. *In*: WOLKER, A. C.; LEITE, J. R. M. (org). **Os “novos” direitos no Brasil: natureza e perspectivas**. São Paulo: Saraiva, 2003. 113p.

GUEDES, R. N; SILVA, A. T.M. C; FONSECA, R. M. G. S. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Escola Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 625-31, jul./set. 2009 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a24.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2019.

GUIMARÃES, M. C.; PEDROZA, R. L. S. A violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicologia & Sociedade, Local**, v. 27, n. 2, p. 256-266. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v27n2/1807-0310-psoc-27-02-00256.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2019.

HARTMANN, B. Population control: birth of an ideology. **International Journal of Health Services, Local**, v. 27, n. 3, p.523-540, 1997. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9285280>>. Acesso em: 22 out. 2019.

HASSE, M. **Violência de gênero contra mulheres**: em busca da produção de um cuidado integral. 2016. Número de páginas. Dissertação (Mestrado em área do curso) — Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

HASSE, M.; VIEIRA, E. M. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 482-493, jul/set 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0482.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2020.

HEILBORN, M. L.; BARRETO, A. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. In: LUIZA, M (org.). **Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça-GPP-GeR**: módulo II. Rio de Janeiro: CEPESC, 2010. 266p. Disponível em: <https://nacomsisal.files.wordpress.com/2017/03/gestc3a3o-de-polc3adticas-pc3bablicas-em-gc3aanero-e-rac3a7a.pdf>. Acesso em: 13 out. 2019.

HEISE, L. L. Gender-based abuse: the global epidemic. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, Supl. 1, p. 135-145.1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10supl1a09.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2019.

HIGA, R. *et al.* Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de Enfermagem. **Rev. esc. Enferm**, São Paulo, v. 42, n. 2. jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a22.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2019.

HUÇULAK, M. *et al.* **Protocolo para o atendimento às pessoas em situação de violência sexual**. Secretaria de Atenção à Saúde. Superintendência de atenção à Saúde. 2. ed. Curitiba: SESA, 2017.

JOVENTINO, E.S. **Elaboração e validação de vídeo educativo para promoção da auto eficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 188f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

KANGUSSU, D. M. **Violência sexual em mulheres atendidas em um hospital universitário de Curitiba, Brasil**: características da vítima, da violência e da assistência. 2018. Número de folhas. Dissertação (Mestrado em área do curso) — Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2018.

KRUG, E. G. *et al.* World report on violence and health. **Revista del Instituto Nacional de Salud**, Local, v. 22, suppl 2, n. 9339, p. 327–36, dez. 2002. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=171FE082D95E96C98BAE9899C07F9101?sequence=1>. Acesso em: 09 nov. 2019.

LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev Bras Saúde Matern Infant, Local**, v. 11, n. 3, p.323-34. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n3/a13v11n3.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2019.

LETTIERE, A.; NAKANO, A. M. S. Rede de atenção à mulher em situação de violência: os desafios da transversalidade do cuidado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 17, n. 4, p. 1-8, 2015. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/32977/20695>>. Acesso em: 22 set. 2017.

LEWGOY, A. M. B.; ARRUDA, M. P. Novas tecnologias na prática profissional do professor universitário: a experiência do diário digital. **Revista Textos e Contextos: coletâneas em Serviço Social**, Porto Alegre: EDIPUCRS, n. 2. 2004, p. 115-130.

LIMA, M. C. D *et al.* Abortamento legal após estupro: história reais, diálogos necessários. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 417-428, abr-jun. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2019.v43n121/417-428/pt>. Acesso em: 28 set.2019.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Guanabara koogan: Rio de Janeiro, 2001.

LOURO, G. L. **O corpo estranho. Ensaios sobre sexualidade e teoria queer**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

MACHADO, L. Z. O patriarcado não está na cabeça das feministas. **Radis,Local**, v. 166, p. 21-22. 2016. Disponível em: <http://encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/28/1399953465_ARQUIVO_textoANPUH.pdf>. Acesso em: 13 fev 2020.

MAIA, C. A. T.; *et al.* Mulheres vítimas de violência sexual: atendimento multidisciplinar. **Femina**, Local, v. 28, n. 1, p.155-61. 2000.

MEGGS, Philip B. **A history of graphic design**. Michigan, Van Nostrand Reinhold, 1992 .

MENDES, E. V. **A Construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MENDES, E. V. Agora mais do que nunca – uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. *In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados*. Brasília: CONASS, 2009.Intervalo de páginas.76p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/caderno_oficina_aps.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2020.

MESQUITA, C. C. Planejamento familiar e contracepção: saúde, gênero e política pública na transição democrática (Rio de Janeiro, década de 1980). *In: XIII ENCONTRO DE HISTÓRIAS ANPUH, 2008, Rio de Janeiro. Anais [...]. Rio de Janeiro: Identidades, 2008. página inicial e final.-RIO*. Disponível em:

<http://encontro2008.rj.anpuh.org/resources/content/anais/1212878796_ARQUIVO_TextointegralAnpuhrj2008.pdf>. Acesso em: 18 out. 2019.

MESQUITA, C. C. **Saúde da mulher e redemocratização: Ideias e atores políticos na história do PAISM**. 2010. Número de páginas. Dissertação (Mestrado em área do curso). — Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

MESQUITA, C. C. Saúde da mulher e redemocratização: ideias e atores políticos na história do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. In: XXVI SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA – ANPUH, 2011, São Paulo. Anais [...]. São Paulo: ANPUH, 2011. Disponível em: <http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300655640_ARQUIVO_Textocompletoanpuh2011-CeciliaC.Mesquita.pdf>. Acesso em: 23 nov. /2019

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: Trajetória história. **Cien Saude Colet**, Local, v. 11, n. 2, p. 375-383. 2006b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a15v11s0.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2019.

MINAYO, M. C. S. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciênc. saúde colet.**, Local, v. 23, n. 6, jun. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>>. Acesso em: 18 set. 2019.

MINAYO, M. C. S. Social Violence from a Public Health Perspective. **Cad. Saúde Públ**, suplemento n. 10, p. 07-18. Rio de Janeiro, 1994. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/1994.v10suppl1/S7-S18>>. Acesso em: 16 nov. 2019.

MINAYO, M. C. S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006a. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2019.

MORAIS, S. C. R. V.; MONTEIRO, C.F.S.; ROCHA, S. S. O cuidar em Enfermagem à mulher vítima de violência sexual. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 155-160, jan-mar. 2010.. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a18.pdf>. Acesso em: 05 abr 2020.

MOREIRA, M. F.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: Contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v. 56, n. 2, p.184-188. mar/abr. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n2/a15v56n2.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

MOREIRA, G. A. R. *et al.* Qualificação dos profissionais da saúde para a atenção às mulheres em situação de violência sexual. **Trab. Educ. Saúde** [internet], Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1039-1055, set/dez. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v16n3/1678-1007-tes-1981-7746-sol00156.pdf>. Acesso em: 16 abr 2020.

MORGAN, R. E.; KENA, G. **Criminal Victimization**. BJS Statisticians. 2016. Disponível em: <<https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/cv16.pdf>>. Acesso em: 19 nov.2019.

OLIVEIRA, A. I. *et al.* Secretaria Estadual de São Paulo. Fundação para o Desenvolvimento da Educação. **Manual de Proteção Escolar e Promoção da Cidadania: Sistema de Proteção Escolar**. São Paulo: 2009.

OLIVEIRA, M. C. A.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, São Paulo, v. 66(esp), p. 158-64. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2019.

OLIVEIRA, R. C. M. (Entre)Linhas de uma pesquisa: o Diário de Campo como dispositivo de (in)formação na/da abordagem (Auto)biográfica. **Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos**, Goiás, vol.2, n.4, 2014. Disponível em: <<https://www.revistas.uneb.br/index.php/educajovenseadultos/article/download/1059/730>>. Acesso em: 05 mai. 2020.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. 1978. 3 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência**. 2010. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf>. Acesso em: 26 out. 2019.

OMS. Organización Mundial de la Salud. **Violencia contra la mujer: respuesta del sector de la salud**. 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87060/WHO_NMH_VIP_PVL_13.1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 13 out. 2019.

OSIS, M. J. M. D. **Atenção Integral à Saúde da Mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção**. 1994. Número de folhas. Dissertação (Mestrado em área do curso) — Unicamp, Campinas, 1994.

PAIVA, S. **Violência sexual está relacionada à cultura reproduzida na sociedade**. 2017. Número de folhas. Dissertação/ Tese (Mestrado/ doutorado em área do curso) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Cidade, 2017. Disponível em: <<https://site.medicina.ufmg.br/inicial/violencia-sexual-esta-relacionada-a-cultura-reproduzida-na-sociedade/>>. Acesso em: 26 nov.2019.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Atenção a mulher em situação de violência**. Linha guia. Paraná: 2012.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Vigilância de Violências e Acidentes do Estado do Paraná**. Curitiba: SES, 2009.

PAULA, A. M. *et al.* **Mapa da Violência Contra a Mulher 2018**. 55º legislatura. — 4º sessão legislativa. Brasília: 2018.

PENN, D. *et al.* Interim report on the future provision of medical and allied services. London, Ministry of Health/Consultative Council on Medicine and Allied Services, 1920. Disponível em: <<https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>>. Acesso em: 04 nov. 019.

PEREIRA, A. O. O que é lugar de fala?. **Leitura: Teoria & Prática**, Campinas, São Paulo, v. 36, n. 72, p.153-156, 2018. Disponível em: <https://ltp.emnuvens.com.br/ltp/article/viewFile/670/448>. Acesso em: 02 set. 2020.

PINTO, L. A.; BRAGA, A. E. L .M. Mulheres em luta por direitos: rompendo com o patriarcado. **Revista Direito & Dialogicidade**, Crato, v. 6, n.1, jan./jun. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/DirDialog/article/view/963/791>>. Acesso em: 18 out. 2019.

PIOSIADLO, L. C. M.; FONSECA, R. M. G. S.; GESSNER, R. Subalternidade de gênero: refletindo sobre a vulnerabilidade para violência doméstica contra a mulher. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 728-233. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0728.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2004. p. 222- 44.

POMPEO, D. A; ROSSI, L. A; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 434-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2020.

RAPE. Abuse & incest national network (rainn). **Victims of Sexual Violence: Statistics**. 2019. Disponível em: <<https://www.rainn.org/>>. Acesso em: 23 nov. 2019.

RATTNER, D. Da saúde materno infantil ao PAISM. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 103-108, jun. 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/304967845_Da_Saude_Materno_Infantil_ao_PAISM/link/577ef55908ae5f367d33e539/download>. Acesso em: 16 nov. 2019.

RIBEIRO, D. **O que é:** lugar de fala?/ Djamila Ribeiro. -- Belo Horizonte(MG): Letramento: Justificando, 2017. Disponível em: < <https://b-ok.lat/book/3512050/dc03c4?dsorce=mostpopular®ionChanged=&redirect=29877272>>. Acesso em: 09 ago. 2020.

RIBEIRO, M. A.; FERRIANE, M. G. C.; REIS, J. N. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 456-464, abr. 2004. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0857.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2019.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. **Guia de atendimento em saúde às pessoas em situação de violência sexual**. Porto Alegre: 2018.

ROSA, R. *et al.* Violência: conceito e vivência entre acadêmicos da área da saúde. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, [internet], v. 14, n. 32, p. 81-90, mar. 2010. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000100007&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 16 abr. 2020.

RUBIN, G. The Traffic Woman: Notes on the "Political Economy" of Sex. *In*: REITER, R. R. **Toward an Anthropology of Women**. Monthly Review Press. New York: 1975. 30p.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo. 2011.

SALTMAN, R. B. *et al.* Atenção primária conduzindo as redes de atenção à saúde. **Open University Press**. Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde e Séries Políticas. 2010.

SCHRAIBER, L. B. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Local, v. 14, n. 4, p. 1019-1027, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a04v14n4.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2019.

SCHRAIBER, L. B, *et al.* **Violência dói e não é direito**. A violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: UNESP. 2005.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência contra as mulheres: interfaces com a saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ**, Local, v. 3, n. 5, p. 11-27. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v3n5/03.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2019.

SCOTT, J. Gênero uma categoria útil de análise histórica. **Educação & realidade**, UFRGS, v. 20, n. 2, jul-dez. p.71-99. 1995. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4860695/mod_resource/content/1/G%C3%AAnero%20como%20categoria%20de%20an%C3%A1lise%20hist%C3%B3rica%20-Joan%20Scott.pdf>. Acesso em: 06 set. 2019.

SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. M.; VIANNA, L. A. C. Mulher em situação de violência: limites da assistência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 249-258, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00249.pdf>. Acesso em: 23 set. 2019.

SILVA, S. M. **A Carta que Elas Escreveram**: a participação das mulheres no processo de elaboração da Constituição Federal de 1988. 2012. 320 f. Tese (Doutorado em área do curso). — Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, UFBA, Salvador: 2012.

SILVA, nome. *et al.* Prefeitura de Colombo. **Protocolo de Atendimento a Vítima de Violência Sexual**. 2012.

SOARES, B. L. *et al.* Reflexão sobre o papel do enfermeiro e a importância dos serviços de saúde no atendimento à mulher vitimada pela violência. Rev Enferm, UFPE online [internet], Recife, v. 9, n. 10, p. 9593-600, out. 2015. Disponível em: <<https://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authType=crawler&jrnl=19818963&AN=110966589&h=jeGXkpjZ7D1oLfaaA32qE>>. . Acesso em: 11 mai. 2020.

SORJ, B. Crise social y crisis de las Ciencias Sociales en Brasil. **Revista Mexicana de Sociologia**, Cidade do México, Instituto de Investigaciones, ano 53, n.1, p. 107-21. 1991.

SOUSA, M. H. *et al.* Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. Rev Bras Epidemiol v. 18, número, p. 94 - 107, mês (abreviado), 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n1/1415-790X-rbepid-18-01-00094.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2020.

SOUTO, R. Q.; SILVA, A. F. R.; OLIVEIRA, R. C.; CAVALCANTI, A. L. Violência sexual contra a mulher no município de Campina Grande, Paraíba. Rev Bras Pesq Saúde [internet] 2010 fev [citado 2020 mai 19] v.12, n. 3, p.30-8.

SOUZA, C. A.; ADESSE, L. **Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 188p.

SOUZA, C. S. **Caracterização da Violência Sexual em Mulheres na cidade de Ribeirão Preto**. - SP. 2012. Número de folhas. Dissertação (Mestrado em área do curso) — Instituição de ensino, Ribeirão Preto, 2012.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Integrative review: what it is and how to do it. **Einstein** [internet], local, v.8, n 1, p. 102-6, mar. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf. Acesso em: 19 abr. 2020.

SOUSA, M. H. *et al.* Compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. Rev. bras. epidemiol [internet], local, v. 18, n. 1, p. 94-107, ISSN 1980-5497, jan. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18n1/1415-790X-rbepid-18-01-00094.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2020.

STARFIELD, B. Atenção **primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia, Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 2002

STARFIELD, B. *et al.* Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**, Local, v. 83, n. 3, p. 457-502, out. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111%2Fj.1468-0009.2005.00409.x>>. Acesso em: 12 nov. 2019.

SUXBERGER, A. H. G.; FERREIRA, N. N. A. Políticas de intervenção no enfrentamento da violência doméstica e familiar. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito**, Minas Gerais, v. 2, n. 1, p. 243 – 260, jan/jun. 2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/letic/Downloads/1126-2253-2-PB.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2019.

TILIO, R. Teorias de gênero: Principais contribuições teóricas oferecidas pelas perspectivas contemporâneas. **Gênero, Local**, v. 14, n. 2, p. 125-148, 2014. Disponível em: <www.periodicos.uff.br/revistagenero/article/download>. Acesso em: 05 set. 2019.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20 (Suppl 2), p.190-98. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014>. Acesso em: 08 nov. 2019.

TRIGUEIRO, T. H. *et al.* Vítimas de violência sexual atendidas em um serviço de referência. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 20, n. 2, p. 249–256, abr./jun. 2015. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/40355>>. Acesso em: 12 set.2019.

UFPR. **Relatórios de Atividades. Universidade Federal do Paraná.** Hospital de Clínicas. 2016.

VASCONCELOS, T. B. *et al.* **Violência de gênero na percepção das gestoras dos serviços de apoio à mulher.** **Rev enferm UFPE, Local**, [online] [internet], v. 6, n. 10, p. 2356-2363, out. 2012.

VIDOR, A. C. *et al.* Perfil epidemiológico da violência em Florianópolis: Óbitos por agressão e suicídio. **Boletim epidemiológico**, Florianópolis, n. 2, 2017. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/28_12_2017_11.28.19.ff8c754b3f12ecc6d8f97f801fd891dd.pdf>. Acesso em: 16/09/2019.

VILLAS-BOAS, A. *O que é [e o que nunca foi] design gráfico.* São Paulo. 2003.

WALDOW, V. R. Collaborative care in health institutions: the nurse as integrator. Texto contexto - enferm, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1145-1152, oct./dec. 2014. . ISSN 0104-0707. Disponível em: : <<https://doi.org/10.1590/010407072014001840013>>. Acesso em: 16 jun. 2020.

WENSE, F. S.; PAIVA, L. G. **Legislação da Mulher.** 7º ed. Série Legislação. Câmara dos deputados. Brasília: 2016. Disponível em: <

https://www.sinesp.org.br/images/LEGISLA%C3%87%C3%83O_DA_MULHER_ATUALIZADA_AT%C3%89_18_01_2016.pdf>. Acesso em: 18 out. 2019.

WOLLSTONECRAFT, M. **Reivindicação dos direitos das mulheres**. Edição comentada do clássico feminista. 1º edição. Boitempo: São Paulo, 2016.

WORKOWSKI, K. A.; BOLAN, G. A. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, MMWR Recomm Rep., **Local**, v. 64, s/n, jun. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26042815>>. Acesso em: 16 out. /2019.

APÊNDICE A – Roteiro inicial para a elaboração da ferramenta

CARTILHA ATENDIMENTO A VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

APÊNDICE A – Roteiro inicial para a elaboração da ferramenta

IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE

DADOS PESSOAIS

Hospital: _____ Registro: _____

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Data de Nascimento: _____ Raça/cor: _____

Sexo: _____

Gênero: _____

Deficiência () não () sim

Tipo de Deficiência: _____

RETORNO

PSICOLOGIA

DATA	LOCAL	HORARIO

INFECTOLOGISTA

DATA	LOCAL	HORARIO

APÊNDICE A – Roteiro inicial para a elaboração da ferramenta

GUIA – PACIENTE

O que é Violência Sexual?

A violência Sexual é um “tipo de violência em que envolve relações sexuais não consentidas e pode ser praticada tanto por conhecido ou familiar ou por um estranho”. Pode se dizer que violência sexual é uma questão de gênero, ela se dá por causa dos papéis de homem e mulher por razão social e cultural em que o homem é o dominador. Este é um problema universal, no homem é uma questão de poder e controle e que atinge as mulheres de todos os tipos e lugares.

Em um relatório da OMS (Organização Mundial de Saúde), define como violência sexual como: “Qualquer ato sexual ou tentativa do ato não desejada, ou atos para traficar a sexualidade de uma pessoa, utilizando repressão, ameaças ou força física, praticados por qualquer pessoa independente de suas relações com a vítima, qualquer cenário, incluindo, mas não limitado ao do lar ou do trabalho”. A violência estabelece-se em uma transgressão dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, principalmente ao atentado de direito físico e ao controle de sua capacidade sexual e reprodutiva.

Tipos de violência Sexual:

Há três tipos de violência sexual: o estupro, o atentado violento ao pudor e o assédio sexual.

O estupro é caracterizado pelo “Constrangimento da mulher à conjunção carnal mediante violência ou grave ameaça”. Ou seja, qualquer relação homem/mulher sem consentimento é definida como estupro.

No caso do atentado violento ao pudor é caracterizado pelo constrangimento da mulher, mediante violência ou grave ameaça, a praticar ou permitir que com ela se pratique ato libidinoso diverso da conjunção carnal. Considera-se ato libidinoso as carícias íntimas, masturbação, entre outros.

APÊNDICE A – Roteiro inicial para a elaboração da ferramenta

No caso do assédio sexual, ele refere-se a “constranger a mulher com o intuito de obter vantagem ou favorecimento sexual, prevalecendo-se o agente da sua condição de superior hierárquico ou ascendência inerente ao exercício de emprego, cargo ou função”. Ao impor ou forçar outra pessoa a exercer um ato sexual, que pode ser beijar, despir-se ou até mesmo o próprio ato, sobre qualquer ameaça, seja de perder o emprego ou ser privado de uma promoção, é assédio sexual.

Como é feito o atendimento?

No primeiro atendimento, o enfermeiro realiza o acolhimento da vítima e solicita a presença do médico perito do Instituto Médico Legal e do médico residente da área de ginecologia para atendimento clínico. Nessa oportunidade são realizados os exames e administrados os medicamentos para evitar a ocorrência de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e gestação decorrentes da violência. Se houver indicação clínica é iniciada a administração de medicamentos para prevenção do HIV, que depois de feito a primeira dose no hospital, as outras doses serão feitas em casa, por um período de 28 dias.

Porque o profissional de saúde realiza preenchimento da Ficha de Notificação?

As notificações são realizadas por meio de fichas de notificação individuais, que possuem campos para preenchimento essenciais para a compreensão de como ocorreu a doenças/agravos/eventos e sua evolução. Esse procedimento é feito dentro do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan) ou em sistemas estaduais ou municipais, criados exclusivamente para essa finalidade.

Os dados notificados são de caráter sigiloso, sendo sua divulgação realizada sob critérios éticos e, quando necessário, para o conhecimento da população, jamais expondo nenhum cidadão.

A notificação da violência sexual contra a mulher no setor Saúde é realizada com o preenchimento de ficha de notificação, cujos dados são inseridos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), um

APÊNDICE A – Roteiro inicial para a elaboração da ferramenta

sistema de vigilância epidemiológica. O preenchimento da ficha de notificação de violências é considerado essencial à análise epidemiológica e operacional, e à análise da violência sexual, na construção do perfil do caso.

A violência sexual contra a mulher é um evento de notificação compulsória nos serviços de saúde, sejam públicos ou privados. A Portaria GM/MS nº 2.406, de 5 de novembro de 2004, aprovou o instrumento e o fluxo da notificação. O Sinan tem a responsabilidade de oferecer informações para o diagnóstico de situação, como subsídio às ações de enfrentamento das violências.

O objetivo de uma notificação imediata é agilizar o atendimento à mulher agredida e possibilitar seu acesso à contracepção de emergência, medidas profiláticas de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e hepatites virais em até 72 horas passadas da agressão.

A IMPORTÂNCIA DOS RETORNOS!!!

Após a avaliação do primeiro atendimento, aquelas mulheres que tiverem indicação são orientadas e encaminhadas para os retornos subsequentes ao serviço de infectologia, em torno de 02 semanas, 06 semanas, 03 meses e 06 meses após a violência.

Nas próximas consultas são requisitados exames, realizadas orientações e acompanhamento do tratamento de prevenção ao HIV. Na consulta de 90 dias, o serviço oferece a oportunidade à mulher de voltar após três meses para a consulta de 180 dias ou receber os resultados dos exames por via telefônica. Além dessas possibilidades a mulher é encaminhada para atendimento psicológico e ao serviço social. O correto tratamento no ambulatório se configura mediante o comparecimento às quatro consultas estabelecidas, a utilização dos medicamentos prescritos e a concordância com a realização dos exames que foram pedidos durante a consulta.

ORIENTAÇÃO SOBRE DIREITOS LEGAIS

APÊNDICE A – Roteiro inicial para a elaboração da ferramenta

Além do protocolo de atendimento médico, é importante você saber sobre os seus direitos legais, sobre os benefícios do registro do boletim de ocorrência (apesar de não ser obrigatório), como fonte de informação e proteção do que ocorreu.

Existe um risco potencial de uma gestação decorrente de estupro mesmo após o uso da pílula anticoncepcional, caso ocorra atraso menstrual maior que 07 dias procure uma unidade de saúde para realização do teste de gravidez.

O seu tratamento não termina hoje, precisamos que você continue seu tratamento para seguimento médico-psico-social, fazendo uso das medicações e realizando os exames laboratoriais. Na primeira página, consta a data do seu retorno.

ORIENTAÇÃO AO(A) PACIENTE EM USO DO ANTIRRETROVIRAL

Sobre a terapia

Nesta parte da cartilha você receberá informações sobre os medicamentos que você está recebendo gratuitamente pelo SUS. Seguindo suas orientações, você terá mais chance de se beneficiar com o tratamento, pois os medicamentos oferecidos atuam no sentido de diminuir as chances de infecção pelo HIV.

Caso ocorra alguma reação desagradável, procure seu médico/a.

Onde é guardado o medicamento

Pode ser mantido fora do refrigerador, à temperatura ambiente (25°C). Conserve os comprimidos na embalagem original. Mantenha os medicamentos fora do alcance de crianças.

APÊNDICE A – Roteiro inicial para a elaboração da ferramenta

Hora de administrar os medicamentos

Não faz diferença tomar antes, durante ou após as refeições, mas dê preferência para não tomar em jejum. Em caso de esquecimento de uma dose, tome-a imediatamente e aguarde para tomar a próxima no horário usual. Não tome a dose dobrada.

Reações desagradáveis

Apesar dos benefícios que o(s) medicamento(s) pode(m) trazer, é possível que apareçam algumas reações desagradáveis, abaixo relacionadas, especialmente no início do tratamento. Se sentir algum destes sintomas, não interrompa o tratamento sem comunicar o(a) médico(a). Se outros sintomas ocorrerem, é importante comunicar-se com a equipe médica imediatamente.

- Náuseas e/ou vômitos
- Dificuldade de digestão (empachamento):
- Pirose (azia ou queimação estomacal)
- Pele (ressecada, feridas e ou coceiras)
- Anemia (tonturas, fraqueza e ou cansaço)

MEDIDAS PARA ALIVIAR AS REAÇÕES:

- Para atenuar a náusea ao acordar, ingerir biscoitos secos, tipo cream cracker ou água e sal, sem líquidos.
- Realizar pequenas refeições, várias vezes ao dia.
- Dar preferência de alimentos frios ou em temperatura ambiente.
- Priorizar alimentos mais cozidos, de sabor mais suave.
- Optar por carnes brancas, aves ou peixes.
- Ingerir chás digestivos após a refeição, como o chá verde por exemplo.
- Indicar a ingestão de pequenos goles de água gelada que ajudam a diluir o suco gástrico. A água de côco também pode ser usada e é muito eficaz.
- Consumir alimentos ricos em potássio, como a banana, batata e carnes brancas.

APÊNDICE A – Roteiro inicial para a elaboração da ferramenta

- Adicionar às refeições e sucos alimentos ricos em fibras como o farelos de trigo, de arroz ou outra fibra integral, desde que não tenha diarreia.
- Usar azeite ou outros óleos vegetal nas verduras cruas.

A PESSOA DEVE EVITAR:

- Alimentos que causem gases, tais como: bebidas gasosas, cervejas, doces, brócolis, couve-flor, couve, feijão, batata-doce etc.
- Tomar líquidos durante a refeição. O ideal é beber 1 hora antes ou 2 horas após a refeição.
- Deitar após a refeição; se a pessoa quiser descansar que o faça sentada ou recostada.
- Alimentos gordurosos, especialmente os de origem animal, que são de difícil digestão. Alimentos crus, fibras, doces, leite e alimentos gordurosos.
- Condimentos, pimenta de todos os tipos e alimentos gordurosos.

ATENÇÃO:

- Tome bastante água;
- Use protetor solar com hidratante;
- Observe se tiver alterações na pele, comunique a equipe de saúde;
- Faça os exames de controle conforme agendado, prevenindo assim agravamento de reações mais graves tais como: anemia, problemas de fígado, dentre outros;
- Não use bebidas alcoólicas durante o tratamento;
- Evite dirigir ou operar máquinas, pelo menos no início do tratamento, até que a resposta do organismo ao medicamento seja conhecida, pois podem ocorrer tontura e fraqueza.

APÊNDICE A – Roteiro inicial para a elaboração da ferramenta

USO DE OUTROS MEDICAMENTOS

Não faça uso de outros medicamentos sem o conhecimento do(a) médico(a). Procure orientação de um profissional de saúde caso necessite fazer uso de outros medicamentos.

EM CASO DE DÚVIDAS

Se você tiver qualquer dúvida que não esteja esclarecida nesta cartilha, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação do(a) médico(a) ou da equipe do Ambulatório do serviço onde foi atendido(a).

REDE DE ATENDIMENTO A MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180

Prefeitura Municipal de Curitiba / Secretaria Municipal da Saúde / Centro de Epidemiologia / Coordenação do Programa Mulher de Verdade – Rua Francisco Torres, 830, 1º andar, Centro, Curitiba - Fone: 3350-0432.

Unidade de Saúde Mãe Curitibana – Rua Jaime Reis, 331, Centro, Curitiba - Fone: 3321-3271 ou 3321-3209

Juizado de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher - Rua Itupava, 1829, Alto da XV, Curitiba – Fone: 3363-3852

Centro de Referência e Atendimento à Mulher de Curitiba e Região Metropolitana – Rua Desembargador Hugo Simas, 2603, Pilarzinho, Curitiba - Fone: 3338-1832

Conselho Municipal da Condição Feminina de Curitiba - Rua da Glória, 314, Centro Cívico, Curitiba - Fone: 33137120 ou 33137123

Delegacia Especializada da Mulher de Curitiba - Rua Presidente Carlos Cavalcanti, 480, Centro, Curitiba - Fone: 3223-5323

Hospital de Clínicas- Rua General Carneiro, 181, térreo, Curitiba - Fone: 3360-1826

Hospital Evangélico de Curitiba - Rua Augusto Stelfeld, 1908, Curitiba - Fone: 3240-5000 – ramal: 5187

Defensoria Pública do Paraná - Alameda Cabral, 184, Centro, Curitiba - Fone: 3219-7300

Instituto Médico Legal – IML - Rua Visconde de Guarapuava, 2652, Centro, Curitiba – Fone: 3281-5600

Secretaria de Estado da Saúde – SESA - Rua Piquiri, 170, Rebouças, Curitiba - Fone: 3330- 4300

2ª Regional de Saúde - Rua Barão do Rio Branco, 465, 2º andar, Centro, Curitiba - Fone: 3304- 7540 - Fax: 3232-5071 ou 3304-7562 - Coordenação de Saúde da Mulher

Vara da Infância e Juventude - Av. Marechal Floriano Peixoto, 672, 3º andar, Curitiba - Fone: 3322-8236 ou 3233-2649

Ministério Público do Estado do Paraná - Av. Mal. Hermes, 751, Curitiba - Fone: 3250-4700

Fundação de Ação Social – FAS - Rua Eduardo Sprada, 4520, Campo Comprido, Curitiba - Fone: 3250-7904

APÊNDICE A – Roteiro inicial para a elaboração da ferramenta

AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

Data	Pressão Arterial	Frequência Cardíaca	Frequência Respiratória	Temp ^o	Glicose	Peso	Altura

EXAMES LABORATORIAIS

RESULTADOS DE EXAMES

	Admissão	2 semanas	6 semanas	3 Meses	6 Meses
Exames	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Conteúdo Vaginal					
Sífilis					
HIV					
Hemograma					
Plaquetas					
B- HCG					
Hepatite B					
Hepatite C					

APÊNDICE A – Roteiro inicial para a elaboração da ferramenta

ASSISTÊNCIA PRESTADA PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Preenchimento da Ficha de Notificação (☐ Sim. Data: _____ (☐ Não.

Solicitado Guias para Exames Periciais (☐ Sim (☐ Não.

Realizado Exame pelo Médico Perito (☐ Sim (☐ Não.

Administrado Profilaxia Anti Retroviral (☐ Sim (☐ Não.

Aministrado medicamentos para prevenção das DST's (☐ Sim (☐ Não.

Administrado pílula anticoncepcional (☐ Sim (☐ Não.

Administrado vacina Anti Hepatite B (☐ Sim (☐ Não.

Realizado agendamento de retornos para seguimento ambulatorial (☐ Sim (☐ Não.

Paciente recebeu atendimento pelo Serviço Social (☐ Sim (☐ Não.

Paciente realizou Boletim de Ocorrência (☐ Sim (☐ Não.

VACINA HEPATITE B

1ª Dose: _____ Data: ____/____/____

2ª Dose: _____ Data: ____/____/____

3ª dose: _____ Data: ____/____/____

APÊNDICE A – Roteiro inicial para a elaboração da ferramenta

Anotações

[illegible]

APÊNDICE A – Roteiro inicial para a elaboração da ferramenta

Fluxo de Atendimento a Vítima de Violência Sexual < 72 horas

1. Cadastramento

A mulher vítima de violência sexual ao chegar no hospital é acolhida inicialmente pela recepção que realiza a abertura da ficha de atendimento e comunica a enfermeira de plantão.

2. Acolhimento

O acolhimento poderá ser feito pelo enfermeiro, assistente social ou psicólogo (ou outro técnico capacitado e com habilidades para atendimento à pessoa vítima de abuso sexual). Para fins de prioridade e encaminhamento, o profissional deverá confirmar o tempo decorrido entre a violência sexual e a procura pelo atendimento. Dados como uso de preservativo pelo agressor, tipo de agressão (com contato de fluidos ou não), meio empregado (para verificação de uso de substância química que impossibilitasse a pessoa de resistir) e, caso mulher em idade fértil, se usa algum método contraceptivo, deverão ser questionados garantindo agilidade para profilaxias.

3. Atendimento inicial

Utiliza-se nessa fase um Kit formulário de atendimento as vítimas de violência sexual, contendo a ficha de notificação de agressão contra a mulher, preenchida pela enfermeira e ficha de solicitação de Terapia Anti-Retroviral do Ministério da Saúde, receituário para prescrição de medicamentos para prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis, solicitação de Vacina Anti-Hepatite B e Formulário de aceite de encaminhamento da ficha para órgãos competentes que serão utilizados em outras fases do atendimento.

No atendimento inicial realizado pela enfermeira no Pronto Atendimento Ginecológico e Obstétrico (PAGO), após estabelecimento do vínculo e relação de confiança com a vítima, procura-se identificar por meio do acolhimento o tempo decorrido da agressão, realiza-se a classificação do risco através da triagem. Identificado o tempo de agressão, sendo este inferior a 72 horas, inicia-se pela enfermeira o preenchimento da ficha de notificação compulsória, ressaltando a importância e objetivo desta notificação a vítima.

Solicita-se para a Delegacia da Mulher ou Delegacia da Regional da ocorrência da violência as guias para realização da perícia médica, via telefônico e e-mail Institucional. Em caso de 12 a 18 anos incompletos, a solicitação das guias são

APÊNDICE A – Roteiro inicial para a elaboração da ferramenta

encaminhadas para o Núcleo de Proteção à Criança e ao Adolescente Vítimas de Crimes. Disponibilizadas as guias para exame pericial, solicita-se ao serviço do IML, um perito para realização do exame de corpo de delito, conforme escala disponibilizada previamente pela prefeitura de Curitiba/PR, no final da cartilha é possível encontrar os telefones úteis para contato e agilidade no atendimento.

As requisições dos exames periciais, para os laudos de conjunção carnal, ato libidinoso, lesões corporais e toxicológicos são enviados pela Delegacia da Mulher ou regional onde ocorreu o fato. A equipe de médicos do IML atende as vítimas que sofreram violência sexual até completar 72 horas de ocorrência. O atendimento é feito de forma sistematizada e os materiais, provas são acondicionados em um Kit de coleta hospitalar, sendo encaminhado para análise juntamente com uma amostra de exame laboratorial.

Após solicitação via contato telefônico e via e-mail a enfermeira verifica o recebimento das guias para perícia médica, acusando o recebimento, solicita-se a presença do médico perito conforme escala pré-fixada no mural de informações do setor.

4. Consulta com equipe médica, na especialidade de Ginecologia e Obstetrícia.

A enfermeira após acolhimento inicial e consulta de enfermagem encaminha a vítima para consulta médica. O profissional médico realiza neste primeiro atendimento, o exame clínico e ginecológico minucioso e solicita os exames laboratoriais (Tabela 1), além de prescrever os medicamentos para a ocorrência de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), vacina Anti Hepatite-B, Profilaxia Anti-HIV e gestação decorrente da violência, constantes no Kit formulário de atendimento as vítimas de violência sexual (Curitiba, 2008).

Tabela 1. Exames Laboratoriais.

	Admissão	2 Semanas	6 Semanas	3 Meses	6 Meses
Conteúdo Vaginal					
Sífilis					
Anti-HIV					

APÊNDICE A – Roteiro inicial para a elaboração da ferramenta

Hepatite B (HbsAg)					
Hepatite C					
Hemograma, glicose, uréia, creatinina, TGO, TGP, bilirrubinas diretas e indiretas	Se uso profilático de medicação antiretroviral	Se uso profilático de medicação antiretroviral			
B HCG		Repetir Obs: Poderá ser realizado nas unidades de atenção primária de saúde			

Fonte: PARANÁ (2017).

5. Cuidados da equipe de saúde

Após atendimento realizado pela equipe médica é ofertado a vítima, disponibilizado pelo serviço de nutrição do hospital, uma dieta com o objetivo de prevenção de náuseas e vômitos caso a paciente esteja em jejum. Continuando o atendimento é realizado pela equipe saúde a coleta dos exames laboratoriais e administração dos medicamentos conforme protocolo. Portanto neste momento são providenciados a anticoncepção de emergência, a profilaxia para Infecções Sexualmente Transmissíveis, profilaxia contra Hepatite B e profilaxia anti-HIV.

A imunoprofilaxia contra a Hepatite B deve ser considerada nos casos em que haja suspeita ou confirmação de exposição da vítima ao sêmen, sangue ou outros fluidos corpóreos do agressor, pois pessoas com esquema vacinal completo não necessitam de reforço ou uso de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB). Nos casos em que não haja contato com fluidos, o agressor seja vacinado ou use preservativo

APÊNDICE A – Roteiro inicial para a elaboração da ferramenta

durante todo o ato de violência sexual ou nos casos de violência crônica, a imunoglobulina contra hepatite B não está recomendada. O início da profilaxia está indicado nos casos de dúvida, desconhecimento do estado vacinal ou esquema vacinal incompleto e não deve estar condicionada a coleta e análise dos exames. A primeira dose é realizada no primeiro atendimento e as doses subsequentes na unidade de saúde (PARANÁ 2017).

6. Atendimento pelo Serviço Social

Subsequente a este atendimento é acionado o serviço social, que realiza todo apoio social ofertando um suporte e orientação quanto a Rede de Atenção à Saúde da Mulher.

7. Agendamento do Seguimento Ambulatorial.

No seguimento ambulatorial, o serviço de Infectologista e acompanhamento psicológico são agendados na recepção no primeiro atendimento. A adesão ao seguimento ambulatorial se configura mediante o comparecimento às quatro consultas estabelecidas, a utilização dos medicamentos prescritos e a concordância com a realização dos exames previstos em protocolo (Trigueiro, 2015).

A paciente deve ser orientada sobre a realização de no mínimo quatro consultas ambulatoriais, sendo que o Ministério da Saúde estipula o retorno com 2 semanas, 06 semanas, 3 meses e 6 meses. A alta clínica clínica será adotada após a negativa dos exames laboratoriais preconizados para serem realizados 6 meses após a data da agressão (PARANÁ, 2017).

APÊNDICE A – Roteiro inicial para a elaboração da ferramenta

Fluxo de Atendimento a Vítima de Violência Sexual > 72 horas

1. Orientação quanto ao atendimento.

Quando a agressão for maior que 72 horas ou crônica, a enfermeira realiza o acolhimento da vítima e triagem com classificação do risco. Realiza-se o preenchimento da Ficha de Notificação da Violência Contra a Mulher. Posteriormente encaminha para consulta médica, onde será solicitado os exames laboratoriais, a coleta é feita pela equipe de saúde. Providencia-se anticoncepcional de emergência e após realizado a coleta e administração da pílula de emergência a enfermeira comunica o serviço social. A enfermeira tem importante papel na orientação da vítima quanto aos retornos para seguimento ambulatorial com a Infectologista e serviço de psicologia.

Ou seja, diferente de quando a agressão é < 72 horas, nos casos de agressão crônica ou fato ocorreu > que 72 horas, não se realiza a medicação preconizada no protocolo e não solicita a presença do médico perto no hospital. Coleta-se as amostras laboratoriais e agenda-se o retorno para seguimento ambulatorial com a Infectologista e serviço de psicologia.

2. Caso a paciente refira que esteja grávida e que a gestação é fruto de uma violência sexual.

Nos casos de gravidez decorrente da violência sexual, a avaliação do quadro é feita por equipe multiprofissional. Para facilitar a avaliação por parte do hospital é de fundamental importância o registro em prontuário do relato de agressão, da data da ocorrência, de todos os achados clínicos e do estado emocional da vítima, o mais detalhadamente possível (Curitiba, 2008). Caso a paciente refira o desejo de interromper a gravidez, esta é feita no hospital de estudo conforme Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde (MS/2007).

APÊNDICE B – Diário de campo

(Contínua)

Data: 09/03/2020

Local: UFPR (Bloco da Enfermagem - 4º andar)

Horário: 16:00h – 17:00h

Planejamento: Primeiro será apresentado os integrantes da equipe de pesquisa e depois a proposta do projeto, posteriormente a Empresa de Designer e Diagramação se apresentará.

Ação: Reunião em grupo.

Objetivos:

- Apresentar o projeto, objetivos e produto a ser elaborado;
- Conhecer a Empresa de Designer e Diagramação.

Sujeitos Envolvidos: Orientadora, coorientadora, pesquisadora e dois integrantes da Empresa Júnior Designer.

Desenvolvimento das atividades: A pesquisadora apresentou de forma sucinta o projeto e a proposta do produto. Em contrapartida a empresa Júnior Designer apresentou os produtos que já desenvolveu e questionou qual a forma que o produto seria, se em cartilha, folheto, folder, além de prazos e etapas.

Avaliação: Avalio essa reunião como o ponta-pé inicial para a construção da cartilha, onde foi abordado todo o seu objetivo, público-alvo, como o produto teria que ser elaborado (forma de ferramenta) e campo de atuação. Esperava-se conhecer a empresa de designer, e nesse encontro vejo que esse ponto foi alcançado com sucesso.

Bibliografia utilizada: Pré-Projeto de qualificação.

Planejamento para a próxima atividade: Assinatura do contrato com a Empresa de Designer e Diagramação.

APÊNDICE B – Diário de campo

(Contínua)

Data: 16/06/2020

Horário: 14:00h – 15:00h

Local: Reunião *online*

Planejamento: Reunião realizada de forma online através do Plataforma *Google Meet*. A pauta é abordar a proposta de trabalho, etapas para conclusão do produto e orçamento a ser realizado pela empresa de Designer e Diagramação.

Ação: Reunião online em grupo.

Objetivos:

- Conhecer o orçamento, etapas e prazos para construção do produto.

Sujeitos Envolvidos: Pesquisadora e dois integrantes da Empresa Júnior Designer.

Desenvolvimento das atividades: Após encaminhado para o e-mail da empresa o protótipo do produto no dia 07/07. A equipe de designer e diagramação apresentou o cronograma e proposta de orçamento para elaborar o produto e caso concordância assinatura do contrato.

Avaliação: Avalio essa reunião como exitosa, onde de ambas as partes foi acordado o inicio da elaboração da ferramenta e no prazo de 3 dias o contrato com a Empresa de Designer e Diagramação foi assinado.

Bibliografia utilizada: Protótipo da Ferramenta em construção.

Planejamento para a próxima atividade: Conhecer a equipe de designer e diagramação do projeto que irá desenvolver a ferramenta.

APÊNDICE B – Diário de campo

(Contínua)

Data: 21/07/2020

Horário: 18:30h – 20:30h

Local: Reunião *online*

Planejamento: Reunião realizada de forma online através do Plataforma *Google Meet*. A pauta é apresentação da equipe do projeto que realizará o designer e a diagramação.

Ação: Reunião online em grupo.

Objetivos:

- Conhecer a equipe que realizará a construção da ferramenta;
- Apresentar o projeto para a equipe;
- Realização do *Briefing*.

Sujeitos Envolvidos: Pesquisadora e equipe de designer e diagramação (composta por três mulheres).

Desenvolvimento das atividades: Nesta reunião a equipe de designer gráfico e diagramação, se identificou, apresentou os aspectos da formação acadêmica, período de graduação. Nesta mesma reunião a pesquisadora apresentou para equipe o projeto, objetivos, proposta de ferramenta, público-alvo detalhadamente.

Avaliação: Avalio essa reunião como positiva e satisfatória. Eu como pesquisadora ressalto que a participação única de mulheres na construção da ferramenta trouxe-me boas expectativas, foi discutidos e levantados pontos e sensações, sentimentos, por parte da diagramadoras ao saber da temática da violência contra a mulher e em especial a violência sexual.

Bibliografia utilizada: Protótipo da Ferramenta em construção.

Planejamento para a próxima atividade: Definir os textos, figuras e ilustrações.

APÊNDICE B – Diário de campo

(Contínua)

Data: 31/07/2020

Horário: 18:30h – 20:30h

Local: Reunião *online*

Planejamento: Reunião realizada de forma online através do Plataforma *Google Meet*. A pauta é apresentação dos personagens, paletas de cores e discussão sobre a parte textual.

Ação: Reunião online em grupo.

Objetivos:

- Conhecer os personagens da ferramenta;
- Decidir a paleta de cores;
- Discutir sobre a forma de colocação dos textos.

Sujeitos Envolvidos: Pesquisadora e equipe de designer e diagramação (composta por três mulheres).

Desenvolvimento das atividades: Nesta reunião a equipe de designer gráfico e diagramação, apresentou a caracterização física dos personagens, ilustrações, paletas de cores. Foi apresentado duas opções de apresentação da ferramenta. Também foi abordado nessa reunião a forma de apresentação dos textos, quando apresentá-los em balões de fala, ou texto corrido.

Avaliação: Avalio essa reunião como positiva e satisfatória. Foi possível observar uma evolução na construção da ferramenta. Vendo os personagens criando forma, cores e significados. Foi possível também, refletir sobre alguns trechos textuais, reformulando ideias, mensagens e forma de apresentação para o leitor. Foi sugerido passar a ferramenta por uma consultora ortográfica e textual.

Bibliografia utilizada: Protótipo da Ferramenta em construção.

Planejamento para a próxima atividade: Apresentar a ferramenta em construção atualizada, com os personagens e ilustrações.

APÊNDICE B – Diário de campo

(Contínua)

Data: 12/08/2020

Horário: 16:30h – 18:00h

Local: Reunião *online*

Planejamento: Reunião realizada de forma online através da Plataforma *Google Meet*. A pauta é a discussão das alterações textuais, paletas de cores e alocação dos personagens e partes da ferramenta.

Ação: Reunião online em grupo.

Objetivos:

- Discutir as alterações no texto da cartilha;
- Decidir a paleta de cores;
- Discutir sobre as subdivisões da ferramenta.

Sujeitos Envolvidos: Orientadora, pesquisadora e equipe de designer e diagramação (composta por três mulheres).

Desenvolvimento das atividades: Nesta reunião a orientadora trouxe pontos importantes, enfatizando o social, psicológico. Foi apresentando pela equipe de designer gráfico e diagramação, os personagens, ilustrações, paletas de cores, para reafirmação desses tópicos, com objetivo de identificar se a ferramenta estava sendo construída de forma satisfatória.

Avaliação: Avalio essa reunião como positiva. Foi possível observar a presença de nós e entraves na construção, e que a parte textual ainda necessitava de arranjos e correção, e readequação no formata da escrita. Foi possível também, refletir sobre algumas falas que as diagramadoras citaram sobre alguns itens da ferramenta, sobre a escrita.

Bibliografia utilizada: Protótipo da Ferramenta em construção.

Planejamento para a próxima atividade: Apresentar as correções textuais.

APÊNDICE B – Diário de campo

(Contínua)

Data: 21/08/2020

Horário: 14:00h – 15:00h

Local: Reunião *online*

Planejamento: Reunião realizada de forma online através da Plataforma *Google Meet*. A pauta é apresentação das alterações textuais.

Ação: Reunião online em grupo.

Objetivos:

- Apresentar as alterações no texto da cartilha;
- Discutir sobre a forma e locais de apresentação das tabelas.

Sujeitos Envolvidos: Orientadora, pesquisadora e equipe de designer e diagramação (composta por três mulheres).

Desenvolvimento das atividades: Nesta reunião a equipe de diagramação após receber o material com a parte textual corrigida pela pesquisadora, trouxe alguns pontos importantes ainda sobre a escrita e na apresentação das tabelas, se no início, no fim, e preenchimento. Foi proposta pela orientadora, a ferramenta passar por uma equipe de consultoria ortográfica para auxílio numa escrita criativa e correção textual.

Avaliação: Avalio essa reunião como importante nesta etapa de elaboração da ferramenta. A equipe de diagramação apresentou as dúvidas e a pesquisadora explanou cada tópico levantado pela equipe.

Bibliografia utilizada: Protótipo da Ferramenta em construção.

Planejamento para a próxima atividade: Apresentar as correções textuais após consultoria ortográfica.

APÊNDICE B – Diário de campo

(Contínua)

Data: 27/08/2020

Horário: 14:00h – 15:00h

Local: Reunião *online*

Planejamento: Reunião realizada de forma online através da Plataforma *Google Meet*. A pauta é apresentação das alterações textuais.

Ação: Reunião online em grupo.

Objetivos:

- Discutir sobre o sumário, sub-itens;
- Distribuição das informações dentro da ferramenta;
- Ilustrações.

Sujeitos Envolvidos: Orientadora, pesquisadora e equipe de designer e diagramação (composta por três mulheres).

Desenvolvimento das atividades: Nesta reunião a equipe de diagramação após receber o material com a parte textual corrigida equipe de consultoria ortográfica, trouxe alguns pontos importantes ainda sobre a escrita, sumário e ilustrações de alguns personagens.

Avaliação: A equipe de diagramação apresentou as dúvidas quanto ao sumário e a aparência de alguns personagens.

Bibliografia utilizada: Protótipo da Ferramenta em construção.

Planejamento para a próxima atividade: Apresentar as correções textuais após consultoria ortográfica.

APÊNDICE B – Diário de campo

(Conclusão)

Data: 04/09/2020

Horário: 13:00h – 15:00h

Local: Reunião *online*

Planejamento: Reunião realizada de forma online através da Plataforma *Google Meet*. A pauta é apresentação das alterações textuais.

Ação: Reunião online em grupo.

Objetivos:

- Apresentar a versão final da ferramenta;
- Orientação sobre a impressão.

Sujeitos Envolvidos: Orientadora, pesquisadora e equipe de designer e diagramação (composta por três mulheres).

Desenvolvimento das atividades: Nesta reunião a equipe de diagramação apresentou a versão final em construção. Além de orientar sobre a impressão, tamanho, formato do papel entre outros.

Avaliação: Nessa reunião foi possível visualizar a ferramenta em um formato mais palpável, apresentando todos os itens discutidos e contruídos nos encontros anteriores.

Bibliografia utilizada: Protótipo da Ferramenta Final.